Si les statistiques nous démontrent que l'attention des policiers n'est pas exclusivement tournée vers les "gros pusher" et les réseaux d'héroïne, nous croyons qu'il est vrai de dire que les forces policières sont beaucoup plus tolérantes face aux consommateurs de "Marijuhana" qu'elles l'étaient en 1970.

L'augmentation du nombre de condamnations peut simplement reflèter une augmentation du nombre de consommateurs depuis six années. Si tel était le cas nous serions obligés de dire que la "Marijuhana" est en train de devenir une drogue "sociale" acceptée comme telle.

D'ailleurs la volonté de plusieurs groupes de pressions canadiens, y compris Monsieur Joe Clark, de changer la loi sur les stupéfiants démontre bien l'évolution ou du moins le changement de mentalité des Canadiens à ce sujet.

Il ne faut pas oublier que les lois ne sont que des jugements moraux simplifiés reflétant le standard éthique d'un groupe à un moment donné.

Citons à ce sujet les amendements au code criminel relativement à l'homosexualité, lesquels ont orienté l'opinion publique canadienne vers une mentalité beaucoup plus large et plus compréhensive, alors que l'on se souvient des débats passionnés qu'ils ont suscités dans certains milieux, lors de leur mise en vigueur.

Il semble maintenant probable qu'à long terme le ca-

dre social faisant des toxicomanies un acte criminel soit appelé à être modifié considérablement.

EN GUISE DE CONCLUSION

Reformulons rapidement l'essentiel des messages que nous avons livrés jusqu'à maintenant:

1) Le phénomène de la toxicomanie doit être vue dans son ensemble. Les différentes substances psychotropes sont présentes partout dans notre société et chaque groupe social en consomme.
   L'alcool, la nicotine, le café, les médicaments utilisés par beaucoup de personnes avec ou sans prescription sont des drogues. Que les drogues soient licites ou illicites, utilisées médicalement ou pas, elles peuvent toutes être un danger pour la santé physique et mentale de l'individu.

2) Si l'alcool doit être considéré comme la toxicomanie la plus répandue au Québec (140 000 alcooliques) et celle qui connaît un regain de vie depuis plusieurs années, cela ne signifie pas que les jeunes et les moins jeunes ne consomment plus d'autres substances psychotropes.

3) Il est fort possible que nous soyons entrés dans une ère de politoxicomanie. Chaque citoyen choisissant selon l'accessibilité la drogue qui lui convient le plus.

4) Ce sont les jugements moraux et les standards éthiques qui fondent les lois. Accepter une toxicomanie et en interdire une autre relève d'un choix arbitraire dont le législateur ne peut se soustraire.

Trop souvent nous avons vu des personnes de bonne volonté intervenir dans un milieu sans s'être donné dès le départ les moyens d'évaluer la situation à sa juste mesure et une problématique générale capable de guider leurs actions.

Dans le domaine des toxicomanies comme chez les icebergs, l'apparent n'est qu'une petite partie du tout.

En 69, certains voulaient tout faire pour éliminer la "Marijuhana" tout en refusant de considérer l'alcool comme une drogue beaucoup plus dangereuse. Il faudra éviter en 1978 de tout faire pour convertir une population à l'abstinence totale d'alcool en refusant de voir la consommation des produits pharmaceutiques, du tabac, du café, de la marijuhana, de la cocaïne, etc.

Tous les experts sont unamines sur un point: la consommation de drogues à des fins non médicale n'est pas une simple question de médecine ou de santé physique et mentale. Ce qui est touché ce n'est pas que la chimie ou la biologie humaine, mais bien l'homme dans ses valeurs, sa façon de vivre et dans ses relations avec son environnement.

Etant un phénomène qui touche d'abord l'homme dans ses valeurs, l'éducation est l'outil privilégié de toute action dans le domaine des toxicomanies.

Dans quelles situations avons nous à intervenir, dans quel but et comment intervenir? Voilà les questions auxquelles

tout éducateur doit répondre, et c'est à une réflexion en ce sens que nous vous convions maintenant.

Junior: (819) 357-2083
Senior: (819) 357-2084

COLLÈGE
D'ARTHABASKA (S.C.)

905 boul. Bois-Francs Sud, Arthabaska, Qué. G6P 5W1

Le 15 juillet 1980.

Rose-Aimée,

Je te retourne le document Les toxicomanies de la DGEC, sous pli séparé. J'apprécie les pages 1 à 22 et la conclusion (58-60). J'ai préparé un tableau-synthèse 4, 5, 6 et 7 que je t'ajoute.

Les pages 23 à 57 pourraient être résumées très succintement.

D'autre part, je me permets de te signaler l'article de Normand Gosselin et Fernand Parenteau L'usage et l'abus des drogues au Québec, aperçu global dans Toxicomanies, volume 11, mars 1978, pp. 1 à 51. En annexe A, ils donnent un Glossaire des principaux termes scientifiques relatifs aux toxicomanies, pp. 31-33; en annexe B, Classification des drogues toxicomanogènes, pp. 33-36; ...; en annexe F, Répertoire de la fédération des organismes bénévoles pour le traitement et la prévention des alcooliques et autres toxicomanies du Québec, pp. 431-492; en annexe G, Liste des films sur les drogues.

Puisse-t-il y avoir quelque chose de plus récent du même genre!

Si tu n'as pas cet article sous la mais, je peux t'en faire une photocopie.

Bonne chance!

Yvan.

Yvan.

L'USAGE ET L'ABUS DES DROGUES AU QUÉBEC

Aperçu global

NORMAND GOSSELIN[1]
FERNAND PARENTEAU[2]

La consommation croissante des drogues dans les sociétés modernes et industrialisées pose des problèmes sociaux et de santé de plus en plus nombreux et nous oblige à une sérieuse prise de conscience. Sans vouloir être alarmistes, nous devons constater que l'abus des drogues, ou même leur usage inconsidéré, a de lourdes conséquences qui mettent en jeu l'état de santé et le bien-être d'un grand nombre de Québécois.

A l'heure actuelle, l'alcool tient une grande place dans la consommation abusive des diverses drogues. Cet article s'applique d'ailleurs à mettre particulièrement en évidence les divers problèmes qui en découlent. Mais comme il importe de poser le problème de l'usage et de l'abus des drogues dans son ensemble, la consommation d'autres drogues, telles que le tabac, les médicaments psychotropes et certaines drogues mineures ou fortes, sera considérée aussi attentivement, étant donné les difficultés plus sérieuses qui en résultent au Québec pour la santé et le bien-être de la population.

Cet article est divisé en trois parties principales. La première donne une vue générale du phénomène de la consommation des drogues dans les sociétés industrialisées et un résumé des principaux facteurs étiologiques qui entrent en ligne de compte. La deuxième fait le point sur la situation et l'évolution de la consommation des drogues au Québec. On y présente différentes données épidémiologiques sur l'alcool et les autres drogues de même qu'un aperçu des principales conséquences de l'usage et de l'abus des drogues. Enfin, la dernière partie récapitule les moyens d'intervention majeurs qui ont été employés pour améliorer le traitement des toxicomanes. De plus, on trouvera en annexe la définition des principaux termes scientifiques relatifs aux toxicomanies, la classification des drogues toxicomanogènes, ainsi que la liste et la répartition des ressources thérapeutiques (centres de réadaptation externes et internes, organismes bénévoles).

1. Sociologue, Direction générale de la planification, Ministère des affaires sociales du Québec
2. Sociologue, Direction générale de la programmation, Ministère des affaires sociales du Québec

LE PHÉNOMÈNE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES DANS LES SOCIÉTÉS INDUSTRIALISÉES

Le phénomène de la consommation des drogues remonte très loin dans l'histoire des civilisations. La plupart des sociétés ont adopté des coutumes et des pratiques diverses entourant l'usage des drogues. Si ce phénomène universel s'est souvent révélé pour l'homme un instrument précieux dans l'organisation et l'évolution de ses besoins, il a eu aussi des conséquences néfastes pour sa vie sociale et personnelle. Ces conséquences sont d'autant plus ressenties par les sociétés industrialisées que celles-ci, de par leur structure et leur évolution, s'accommodent facilement de l'usage croissant de tout un arsenal de drogues dont on s'efforce même d'augmenter encore le nombre et la variété. Dans cet univers de production systématisée, de consommation généralisée et même de surconsommation maladive, les drogues deviennent de plus en plus des objets que l'on désire se procurer avec rapidité et facilité pour le plaisir, la curiosité ou pour pallier aux problèmes de la vie moderne.

Même si nous ne pouvons établir infailliblement et dans tous les cas une relation évidente et directe entre, d'une part, les taux de consommation, les fréquences de consommation et les types de drogues consommées et, d'autre part, le nombre réel de toxicomanes, il est généralement reconnu que, dans la plupart des sociétés industrialisées, ce nombre tend à augmenter en fonction des hausses et des fréquences accrues de consommation. Plus précisément, il nous faudrait parler d'une augmentation de la consommation *per capita* et du taux de toxicomanie.

Quelles que soient les explications que nous puissions apporter, ce phénomène de la consommation des drogues progresse constamment et s'enracine graduellement dans les habitudes de vie d'un grand nombre d'individus. Il fait à ce point partie de la vie moderne qu'il nous faudra parler de plus en plus d'accroissement du nombre de polytoxicomanes et non seulement de toxicomanes. Par exemple, une revue des recherches en rapport avec cette question montre qu'environ 20 pour cent des individus qui ont contracté une dépendance à l'alcool vivent en même temps dans un état de dépendance à l'égard d'autres drogues psychotropes (Freed, 1973)[3]. Nous pouvons peut-être affirmer que beaucoup d'individus consomment de façon relativement normale et rationnelle, mais nous sommes en droit de nous interroger sur l'état de la santé et du bien-être collectifs.

3. Exception faite du tabac, un état de dépendance a été constaté principalement à l'égard de drogues telles que les barbituriques, les amphétamines et les hallucinogènes.

LE PHÉNOMÈNE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES DANS LES SOCIÉTÉS INDUSTRIALISÉES

Le phénomène de la consommation des drogues remonte très loin dans l'histoire des civilisations. La plupart des sociétés ont adopté des coutumes et des pratiques diverses entourant l'usage des drogues. Si ce phénomène universel s'est souvent révélé pour l'homme un instrument précieux dans l'organisation et l'évolution de ses besoins, il a eu aussi des conséquences néfastes pour sa vie sociale et personnelle. Ces conséquences sont d'autant plus ressenties par les sociétés industrialisées que celles-ci, de par leur structure et leur évolution, s'accommodent facilement de l'usage croissant de tout un arsenal de drogues dont on s'efforce même d'augmenter encore le nombre et la variété. Dans cet univers de production systématisée, de consommation généralisée et même de surconsommation maladive, les drogues deviennent de plus en plus des objets que l'on désire se procurer avec rapidité et facilité pour le plaisir, la curiosité ou pour pallier aux problèmes de la vie moderne.

Même si nous ne pouvons établir infailliblement et dans tous les cas une relation évidente et directe entre, d'une part, les taux de consommation, les fréquences de consommation et les types de drogues consommées et, d'autre part, le nombre réel de toxicomanes, il est généralement reconnu que, dans la plupart des sociétés industrialisées, ce nombre tend à augmenter en fonction des hausses et des fréquences accrues de consommation. Plus précisément, il nous faudrait parler d'une augmentation de la consommation *per capita* et du taux de toxicomanie.

Quelles que soient les explications que nous puissions apporter, ce phénomène de la consommation des drogues progresse constamment et s'enracine graduellement dans les habitudes de vie d'un grand nombre d'individus. Il fait à ce point partie de la vie moderne qu'il nous faudra parler de plus en plus d'accroissement du nombre de polytoxicomanes et non seulement de toxicomanes. Par exemple, une revue des recherches en rapport avec cette question montre qu'environ 20 pour cent des individus qui ont contracté une dépendance à l'alcool vivent en même temps dans un état de dépendance à l'égard d'autres drogues psychotropes (Freed, 1973)[3]. Nous pouvons peut-être affirmer que beaucoup d'individus consomment de façon relativement normale et rationnelle, mais nous sommes en droit de nous interroger sur l'état de la santé et du bien-être collectifs.

3. Exception faite du tabac, un état de dépendance a été constaté principalement à l'égard de drogues telles que les barbituriques, les amphétamines et les hallucinogènes.

Principaux facteurs étiologiques

Il existe de nombreuses théories sur les causes de la toxicomanie, mais aucune explication générale satisfaisante. Il devient ainsi extrêmement difficile de reconnaître les sujets prédisposés à devenir toxicomanes ou de prévoir que telle personne contractera l'habitude de la drogue. Comme le souligne la Commission Le Dain dans son rapport final (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, pp. 22-23), s'il est impossible de faire des généralisations sur les mobiles de la toxicomanie, on retrouve néanmoins quelques constantes que nous allons résumer brièvement.

Plusieurs auteurs ont prétendu que certaines personnalités étaient particulièrement prédisposées à devenir toxicomanes. Cette théorie, au dire des critiques, s'appuie sur de bien minces preuves concrètes, mais l'idée selon laquelle certaines personnes sont plus enclines que d'autres à abuser de la drogue lorsqu'elles ont l'occasion d'en prendre, est très intéressante.

Ainsi, de nombreux toxicomanes auraient au départ une piètre opinion d'eux-mêmes et s'adonneraient de ce fait plus facilement aux drogues. On peut ajouter à cela d'autres prédispositions personnelles: incapacité de surmonter ses cycles affectifs et ses changements naturels d'humeur sans prendre des médicaments ou des drogues; faible aptitude à supporter les frustrations et l'ennui; impuissance à dominer la tension et l'angoisse.

Par ailleurs, la famille et l'école exercent une influence importante dans le développement de la confiance en soi et de l'amour de soi qui sont nécessaires pour surmonter les malaises psychiques sans le recours aux drogues.

L'offre de drogues, dans un sens tant social que commercial, les habitudes et les relations de l'usager, ainsi que son mode de vie sont parmi les principaux facteurs de la toxicomanie.

On a souvent avancé le concept d'aliénation pour expliquer l'usage de la drogue, notamment chez les jeunes. Les institutions établies et les valeurs consacrées leur paraissent étrangères et dépassées; ils sont incapables de s'y adapter. A défaut d'être stimulés par le milieu, beaucoup recherchent alors des plaisirs inhabituels et des sensations nouvelles en expérimentant diverses drogues.

La vie moderne elle-même incite à l'usage de la drogue en bombardant sans cesse le système nerveux de stimuli de toutes sortes. L'alcool, les barbituriques, les tranquillisants apparaissent comme la solution facile et efficace pour combattre le stress. Dans ce sens, la publicité actuelle tend à accréditer l'impression qu'il existe des produits chimiques pour soulager chaque malaise physique ou psychique. Elle laisse croire qu'on ne peut s'en passer. Ce n'est pas tant le fait qu'il s'agisse du tabac ou de l'alcool qui importe, mais l'idée voulant qu'on ait besoin de psychotropes pour bien vivre.

L'usage massif de médicaments et de drogues chez les adultes et la facilité avec laquelle ils recourent aux produits pharmaceutiques et à l'alcool

contribuent aussi beaucoup à l'usage illicite de la drogue chez les adolescents.

La Commission Le Dain (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, pp. 32-33) résume finalement les principales causes de la toxicomanie de la façon suivante:

> « Les prédispositions à l'usage de la drogue peuvent tenir à la personnalité, aux traits psychiques, au milieu immédiat ou social, à la famille, à l'école, aux camarades, aux conditions sociales et financières, à l'attitude générale de la société à l'égard de la drogue, laquelle se reflète dans la publicité, les media et les habitudes des adultes. Les drogues, en tant que facteur de plaisir et moyen de soulager les malaises, exercent un puissant attrait sur ceux qui ont été conditionnés à rechercher le confort et les satisfactions. Selon la publicité moderne, il n'y a pas de raison de supporter les malaises. La société de consommation repose sur la recherche du plaisir. Cette philosophie a ses bons côtés, mais, étant hédoniste, elle diminue l'aptitude à supporter les inconvénients de la vie quotidienne. »

Même s'il existe une grande variété de drogues et que celles-ci sont différentes sur bien des aspects tels que leurs effets pharmacologiques (les stimulants, les dépresseurs, les hallucinogènes)[4], le caractère légal ou illicite de leur usage, le fait que celui-ci soit plus ou moins approuvé par la société, leur usage à des fins médicales ou non médicales, l'ampleur de leur usage (l'alcool, le tabac et les tranquillisants par un grand nombre d'individus; les opiacés et certains hallucinogènes par des groupes plus restreints; les solvants volatils par les plus jeunes), la fréquence et la quantité des consommations, les résultats de recherches récentes indiquent des similitudes importantes dans les modèles de consommation de toutes ces substances (Whitehead, 1975, pp. 31-40). Il devient nécessaire de considérer l'usage et l'abus de l'alcool et ceux des autres drogues comme faisant partie d'un phénomène unique et non comme des phénomènes distincts, sans rapport entre eux. Des similitudes épidémiologiques importantes chez les populations étudiantes et adultes ont pu être constatées et peuvent nous aider considérablement à comprendre leurs corrélations étiologiques. Il semble, entre autres, que les liens entre la consommation *per capita* et la proportion de personnes qui font un usage abusif des drogues soient comparables, qu'il s'agisse de l'alcool ou des autres drogues.

> « Il s'ensuit donc que pour réduire l'usage et l'abus massif de l'alcool et des autres drogues, il faille d'abord attaquer le niveau de la consommation *per capita* par des programmes sociaux susceptibles d'apporter des

4. Le lecteur pourra consulter en annexe un glossaire des principaux termes scientifiques relatifs aux toxicomanies de même qu'une classification des drogues, élaborée par un groupe de professeurs et de cliniciens du Québec, compte tenu des drogues dont on use le plus et des complications qu'elles entraînent le plus couramment en clinique.

changements aux modèles de consommation. L'heure de la coordination des programmes est arrivée et il importe de considérer les aspects importants de ces problèmes sociaux et de leurs solutions possibles comme faisant partie d'un seul phénomène (Whitehead, 1975, p. 38) »

L'usage de la drogue n'est pas uniquement une question de médecine ou de santé physique et psychique; cet usage atteint l'homme dans son échelle de valeurs, dans ses habitudes de vie, dans ses relations avec l'environnement.

Aussi, le phénomène de la drogue ne peut-il plus être considéré de façon isolée. Il doit être envisagé par une approche globale en référence constante à ses dimensions et répercussions physiques, psychologiques et socioculturelles. A la limite, dans cette perspective, il ne se comprend que replacé dans le contexte plus large des courants idéologiques qui traversent la société actuelle et dans celui de leur influence sur la transformation des valeurs.

SITUATION ET ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DES DROGUES AU QUÉBEC

Le Québec n'échappe pas à la règle générale et connaît la plupart des avantages mais aussi des inconvénients du développement de la révolution industrielle. Ses modèles de consommation ou d'usage des drogues s'apparentent fortement à ceux du contexte nord-américain dont ils partagent l'ensemble des caractéristiques fondamentales. D'un côté, il importe de tenir compte de cette situation et de poser le problème de l'usage et de l'abus des drogues dans son ensemble. D'un autre côté, nous allons nous intéresser plus particulièrement à certaines drogues dont l'usage et l'abus entraînent chez nous des difficultés sérieuses pour la santé et le bien-être de la population en général. Il s'agit principalement de l'alcool, du tabac, des médicaments et de certaines autres drogues mineures ou fortes.

A. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1. L'alcool

Dans le cas précis de la consommation excessive d'alcool, le Canada et les États-Unis occupent une position intermédiaire et pratiquement similaire par rapport à différents pays mentionnés dans le tableau I. Parmi les provinces canadiennes, le Québec se classe depuis plusieurs années au troisième rang, après la Colombie britannique et l'Ontario, pour le nombre estimé d'alcooliques (Kim, 1973). Bien que ces statistiques permettent de situer relativement la position du Québec sur le plan national et international, elles ne rendent cependant pas compte de la particularité ou de l'étendue des problèmes qui sont liés chez nous à l'usage et à l'abus de l'alcool.

Il est bien évident que l'alcool constitue au Québec la drogue la plus répandue et la plus populaire. Il devrait être tout aussi évident que la consommation souvent abusive ou exagérée qui en est faite s'accompagne de problèmes sociaux et de santé qu'il ne faudrait pas sous-estimer. Nous verrons ultérieurement les principales conséquences socio-économiques de l'usage et de l'abus de l'alcool. D'après des enquêtes faites à travers différentes régions du Canada (Comité d'études sur les boissons alcooliques[5], 1973, pp. 23-24), le nombre de consommateurs d'alcool est passé de 67 pour cent de la population adulte en 1950 à 80 pour cent de celle-ci en 1968.

TABLEAU I

Estimation du nombre de buveurs excessifs (15 cl d'alcool absolu en moyenne par jour) pour 100 000 personnes (15 ans et plus) selon les différents pays (1966-1967)*
(De Lint et Schmidt, 1972)

Pays	Nombre estimé de buveurs excessifs pour 100 000
France	9 405
Italie	5 877
Portugal	5 652
Espagne	4 635
Autriche	4 212
Allemagne de l'Ouest	3 978
Suisse	3 901
Luxembourg	2 988
Hongrie	2 952
Russie	2 655
Canada	2 272
États-Unis	2 198
Belgique	2 052
Angleterre et Pays de Galles	1 946
République d'Irlande	1 946
Danemark	1 848
Pologne	1 752
Suède	1 515
Pays-Bas	1 456
Finlande	945
Norvège	945

* Le nombre de buveurs excessifs a été établi à partir des données fournies dans J. Hyland et S. Scott, *Alcohol consumption tables: an application of the Ledermann equation to a wide range of consumption averages*. ARF Mimeograph, 1969.

5. Rapport d'une étude financée par l'Association des brasseries du Canada.

Cette augmentation ne pose pas de problèmes en soi, mais il nous faut constater que la consommation *per capita* d'alcool pur s'est accrue de 25 pour cent en moyenne de 1950 à 1970 et que rien ne nous incite à croire qu'elle se stabilisera ou se résorbera de quelque façon que ce soit dans les années à venir. Le tableau II nous donne un aperçu de l'évolution de la consommation d'alcool par buveur adulte et par types de boissons alcooliques.

Même si la consommation de la bière est plus élevée que celle de toutes les autres boissons alcooliques au Canada pour cette période, son augmentation (10,4%) ne se fait pas aussi rapidement que celle des spiritueux (42,8%) et du vin (126,2%).

Les caractéristiques globales du Québec sont similaires à celles que nous venons d'énoncer, sauf que nous pouvons ajouter que le Québec se classait au premier rang en 1970 parmi les provinces canadiennes pour la consommation de bière, au cinquième rang pour celle du vin et au dernier rang pour celle des spiritueux (Comité d'études sur les boissons alcooliques, 1973, p. 18). Sa consommation globale d'alcool pour la même année se situait au cinquième rang, tout près de la moyenne canadienne.

TABLEAU II

Estimation de la consommation d'alcool par les buveurs au Canada (15 ans et plus) 1950-1970
(Comité d'études sur les boissons alcooliques, 1973, p. 25)

ANNÉE	Teneur en gallons d'alcool pur			
	Spiritueux	Vin	Bière	Total
1950	0,596	0,125	1,328	2,049
1951	0,604	0,125	1,364	2,093
1952	0,628	0,124	1,454	2,206
1953	0,630	0,123	1,450	2,203
1954	0,618	0,126	1,355	2,100
1955	0,645	0,128	1,401	2,174
1956	0,676	0,132	1,405	2,213
1957	0,676	0,137	1,400	2,213
1958	0,711	0,150	1,311	2,172
1959	0,679	0,147	1,383	2,209
1960	0,681	0,153	1,354	2,188
1961	0,688	0,157	1,353	2,198
1962	0,702	0,161	1,370	2,233
1963	0,730	0,171	1,399	2,301
1964	0,707	0,163	1,407	2,277
1965	0,807	0,191	1,392	2,390
1966	0,818	0,195	1,416	2,429
1967	0,851	0,203	1,516	2,470
1968	0,820	0,208	1,383	2,411
1969	0,828	0,237	1,417	2,482
1970	0,851	0,261	1,466	2,578

Ces changements ou cette évolution dans les modèles de consommation d'alcool apparaissent de fait pour tout le Canada et les États-Unis. Ils sont en conformité avec une tendance qui se manifeste depuis l'après-guerre et se caractérise par l'accroissement de la prospérité économique, de l'urbanisation et de l'industrialisation.

TABLEAU III

Estimation du nombre total d'alcooliques et taux d'alcoolisme au Québec (1949-1971)
(Kim, 1973, p. 49)

ANNÉE	Population totale âgée de 20 ans et plus			
	Nombre total d'alcooliques vivants*	Nombre total d'alcooliques pour 100 000 personnes*	Population totale (en milliers)**	Taux d'alcoolisme*
1949			2 262,0	
1950			2 310,0	
1951	44 741	1894	2 362,0	1,9
1952	41 436	1711	2 422,3	1,7
1953	41 756	1689	2 472,7	1,7
1954	43 461	1717	2 530,8	1,7
1955	45 487	1758	2 587,1	1,8
1956	49 433	1875	2 636,5	1,9
1957	56 619	2098	2 698,7	2,1
1958	63 081	2 289	2 755,3	2,3
1959	64 723	2 300	2 814,0	2,3
1960	66 493	2 319	2 867,5	2,3
1961	69 415	2 370	2 928,4	2,4
1962	69 948	2 341	2 988,5	2,3
1963	69 948	2 294	3 049,2	2,3
1964	73 104	2 349	3 112,0	2,3
1965	76 729	2 410	3 183,7	2,4
1966	80 184	2 451	3 270,9	2,5
1967	88 821	2 643	3 360,5	2,6
1968	96 392	2 804	3 437,8	2,8
1969	98 737	2 808	3 156,6	2,8
1970	101 403	2 854	3 552,5	2,9
1971	107 758	2 976	3 621,0	3,0

* Research Division, Alcoholism Commission of Saskatchewan, 1973.
** Annual Reports on Vital Statistics Canada, Ottawa.

Il demeure pratiquement impossible de donner une définition vraiment satisfaisante de l'alcoolisme ou d'établir une ligne de démarcation évidente entre un usage rationnel et une consommation abusive d'alcool. Nous pouvons tout de même arriver à une certaine estimation du nombre d'individus

alcooliques. Le tableau III donne une estimation du nombre total d'alcooliques au Québec, qui est basée sur une formule mise au point par E. Jellinek, à partir des décès attribuables à la cirrhose[6]. Bien que cette formule ait été critiquée à différents points de vue, elle n'en demeure pas moins la plus valable actuellement et les différentes études tendent même à prouver qu'elle sous-estimerait le nombre réel d'alcooliques[7].

Tout comme le taux de consommation d'alcool, le taux d'alcoolisme continue à s'accroître et même beaucoup plus rapidement; son taux d'accroissement est au moins deux fois plus élevé pour la même période de temps. A cet égard, la situation du Québec s'apparente de très près aux moyennes du Canada et des États-Unis. Certains pays comme l'Italie et la France connaissent des taux d'alcoolisme qui sont de trois et même quatre fois plus élevés que celui du Canada; par contre, la Finlande et la Norvège présentent des taux qui sont au moins deux fois moins élevés que le taux du Canada (De Lint et Schmidt, 1972). Quoi qu'il en soit, la situation du Québec, avec un taux d'alcoolisme d'au moins trois pour cent en 1971 et un pourcentage d'accroissement très important depuis une vingtaine d'années, ne doit certes pas être prise à la légère. Ces données statistiques ne présentent en fait que des ordres de grandeur qui sont vraisemblablement en deçà de la réalité. Certaines organisations comme le NIAAA (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*) vont même jusqu'à affirmer qu'aux États-Unis 10 pour cent de la population souffre de complications diverses et sérieuses dues à une consommation abusive d'alcool (Alcoholism: new victims, new treatment, 1974, pp. 59-65). Cette organisation s'interroge en outre sur l'apparition de phénomènes plutôt récents comme l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes et surtout chez les jeunes.

---

6. Cette formule s'établit de la façon suivante.

$$A: \left\{\frac{P \quad D}{K}\right\} \quad R$$

A: désignant le nombre d'alcooliques encore vivants résidant sur tel territoire donné au bout de l'année;
D: désignant le nombre de mortalités (rapportées) attribuables à la cirrhose au cours de l'année;
P: désignant le pourcentage des mortalités pour cirrhose attribuable à l'alcoolisme;
K: désignant le pourcentage de tous les alcooliques souffrant de complications et qui sont morts de cirrhose;
R: désignant la proportion de tous les alcooliques par rapport à ceux souffrant de complications.
Cf. Laforest (1972).

7. Pour plus de renseignements à propos de la nature et de la validité de cette méthode d'estimation de la prévalence de l'alcoolisme, voir Popham (1956).

2. Les autres drogues

a) Le tabac

> « L'usage quasi universel de l'alcool et du tabac crée une ambiance favorable à celui des autres drogues. Aussi longtemps qu'il continuera de se propager chez les gens de tout âge, il y aura peu d'espoir d'éveiller une attitude de modération à l'égard de la drogue. Si nous tolérons le tabac et l'alcool et sommes incapables d'en réduire sensiblement la consommation malgré leur nocivité bien connue, comment croire en notre volonté de freiner le phénomène de la drogue (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 35)? »

Contrairement à l'alcoolisme, l'abus du tabac n'a pas de répercussions psychiques ni de conséquences graves pour autrui. Il comporte cependant un risque d'affections physiques sérieuses et augmente le nombre des décès prématurés chez les gros fumeurs.

Au Canada, on estime que près de la moitié des personnes de plus de 15 ans fument régulièrement. Le pays se classe d'ailleurs au cinquième rang dans la production mondiale de tabac jaune. Même si la proportion des fumeurs adultes semble s'être légèrement résorbée ces dernières années, les gros fumeurs sont toujours nombreux. Tout comme pour la consommation d'alcool, les statistiques indiquent une augmentation du pourcentage de fumeurs chez les femmes et davantage chez les jeunes. Les tableaux IV, V et VI rendent compte d'une façon plus précise de la situation canadienne; on peut constater que le Québec est la province qui, en 1972, compte le plus grand nombre de fumeurs.

TABLEAU IV

Pourcentage de fumeurs au Canada (de 15 ans et plus) selon le sexe
(Canada. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1973)

Sexe	1965	1972	Écart
Hommes et femmes	49,8	46,4	– 3,4
Hommes	65,2	57,4	– 7,8
Femmes	34,7	35,7	+ 1,0

TABLEAU V

Pourcentage de fumeurs au Canada (de 15 ans et plus) selon l'âge
(Canada. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1973)

Groupe d'âge	1965	1972	Écart
15 — 19 ans	31,1	37,0	+ 5,9
20 — 24 ans	57,4	52,6	- 4,8
25 — 44 ans	57,9	52,6	- 5,3
45 — 64 ans	51,9	47,3	- 4,6
65 ans et plus	33,2	29,6	- 4,6

TABLEAU VI

Pourcentage de fumeurs au Canada (de 15 ans et plus) selon la région
(Canada. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1973)

Région	1965	1972	Écart
Atlantique	47,2	45,0	- 2,2
Québec	55,5	53,8	- 1,7
Ontario	48,4	43,6	- 4,8
Prairies	45,6	42,6	- 3,0
Colombie-Britannique	47,5	43,5	- 4,0

Il faut remarquer enfin que l'usage du tabac constitue un facteur important de la polytoxicomanie, car il est étroitement associé à celui de l'alcool, du cannabis et d'autres drogues.

b) Les médicaments

« En 1970, les Canadiens ont engouffré 4 500 000 cachets d'amphétamines et 33 tonnes de barbituriques. Ils se sont empiffré, en 1971, de 1 000 tonnes d'aspirine ou autre acide acétylsalicyclique.

« Nous ne consommons pas de médicaments. Nous en surconsommons (Villedieu, 1975, p. 19). »

Que ce soit en Europe ou en Amérique, cette vague semble prendre des proportions impressionnantes pour ne pas dire alarmantes. Déjà plusieurs travaux de recherche ont été publiés sur ce phénomène[8], mais l'on commence à peine à envisager des solutions pour faire face aux problèmes complexes qui en résultent.

8. Nous n'en citerons que quelques-uns au hasard. Dupuy et Karsenty (1974); Levinson (1974); *Québec médical* (1973); Illich (1975).

Les statistiques du tableau VII donnent un aperçu de la consommation de médicaments au Québec en comparaison avec celles de l'Ontario et du Canada.

Au Canada, de 1963 à 1972, le nombre de médicaments mis sur le marché par l'industrie pharmaceutique a pratiquement doublé (Canadian Pharmaceutical Association, 1973). Il en est de même au Québec où, comme le montre le tableau VII, le coût de l'achat des médicaments *per capita* a presque doublé pour la même période, passant de $16,67 en 1962 à $32,11 en 1972. L'Ontario et le Canada présentent des situations fort semblables avec des coûts respectifs de $36,38 et $33,61 pour l'année 1972.

TABLEAU VII

Coûts per capita *de l'achat de médicaments au Canada, au Québec et en Ontario*
(Villedieu, 1975, p. 20)

	Médicaments prescrits		Médicaments non prescrits		Total	
	Coût $000	p.c. $	Coût $000	p.c. $	Coût $000	p.c. $
CANADA						
1957	123 858	7,46	117 213	7,06	241 071	14,52
1962	163 529	8,80	159 293	8,57	322 822	17,37
1967	279 748	13,96	229 793	11,26	509 541	25,22
1972 (estimation)	414 427	18,98	319 386	14,63	733 813	33,61
1980 (projections)		30,52		21,99		52,51
QUÉBEC						
1957	31 714	6,65	26 180	5,49	57 894	12,14
1962	48 247	8,98	41 290	7,69	89 537	16,67
1967	87 749	14,95	63 915	10,89	151 664	25,84
1972 (estimation)	108 718	17,94	85 876	14,17	194 594	32,11
1980 (projections)		31,86		23,97		55,83
ONTARIO						
1957	48 213	8,55	51 538	9,14	99 751	17,69
1962	58 302	9,18	64 227	10,11	122 529	19,29
1967	99 990	13,99	87 267	12,21	187 257	26,20
1972 (estimation)	168 837	21,58	115 834	14,80	284 671	36,38
1980 (projections)		33,52		18,76		52,28

De telles augmentations devraient avoir des répercussions bénéfiques à l'état de santé de la population. Nous sommes cependant enclins à croire que c'est plutôt l'industrie pharmaceutique qui est resplendissante de santé. Nous pensons même que la consommation de médicaments serait assez souvent néfaste à la santé. Des études ont montré que trois à cinq pour cent des admissions dans les hôpitaux seraient causées par les médicaments (Hurwity et Wade, 1969). Par ailleurs, 18 à 30 pour cent des malades hospitalisés réagiraient mal aux médicaments prescrits et, selon plusieurs scientifiques, les accidents thérapeutiques résultant directement ou indirectement de l'utilisation de divers médicaments dépasseraient ce que l'on peut imaginer.

Devant de tels constats, il devient de plus en plus impérieux de provoquer, et ce par tous les moyens, une prise de conscience générale et d'agir de façon à vraiment protéger et promouvoir la santé et le bien-être de la population.

3. Certaines drogues mineures et fortes

Nous possédons aujourd'hui moins d'informations scientifiques sur l'usage des drogues autres que l'alcool. Même si les problèmes posés par la consommation de certaines drogues mineures et fortes ne se comparent pas à ceux qui découlent de la consommation d'alcool, le moins que l'on puisse dire, c'est que l'usage de ces drogues tend à prendre des proportions épidémiques. Que ce soit à des fins médicales ou non, l'usage des barbituriques et des hypnotiques sédatifs, dont les tranquillisants mineurs, augmente progressivement. Ces drogues sont fortement apparentées à l'alcool et des complications surgissent d'ailleurs fréquemment de leur combinaison avec ceux-ci.

Selon la Commission Le Dain (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 37), « de tous les sédatifs, ce sont les non-barbituriques et les tranquillisants mineurs qui se sont le plus répandus, remplaçant les barbituriques dans nombre de médications depuis quelques années ». La Commission estime aussi que l'usage des stimulants est toujours très répandu. On satisfait les besoins impérieux qu'on éprouve en prenant de fortes quantités de caféine dans le café, le thé ou les boissons au cola. Les amphétamines et les substances connexes sont aussi en vogue.

L'usage des stupéfiants opiacés, en particulier de l'héroïne, des hallucinogènes tels que le cannabis, le LSD, le MDA et la PCB, et celui des solvants volatils (colles, essences, dissolvants, etc.), quoique limités auparavant à des groupes restreints, ont gagné depuis quelques années des groupes plus importants, en particulier celui des jeunes. D'après une enquête récente de l'INRS-Santé dans un cegep de Montréal, le pourcentage des usagers de drogues autres que l'alcool s'établirait à 38,7 pour cent des étudiants interrogés et ceux-ci en consomment au moins trois fois par mois (Lamontagne

et coll., 1975). Selon les chercheurs, ce pourcentage peut être extrapolé à la population totale du Cegep ce qui donne un pourcentage d'usagers se situant entre 33,0 pour cent et 44,4 pour cent. Les drogues dont il est fait usage le plus fréquemment sont le cannabis, le LSD, la mescaline, les amphétamines, les anxiolytiques et les barbituriques. On constate aussi que ces usagers de drogues consomment significativement plus de bière et de vin que le groupe témoin. Plusieurs autres résultats de recherche constatent par ailleurs une recrudescence de l'usage de l'alcool chez les jeunes (Smart et Whitehead, 1974).

De façon générale, la consommation de drogues diverses continue donc d'augmenter et l'usage de plusieurs drogues constitue de fait la forme de toxicomanie la plus répandue.

B. CONSÉQUENCES DE L'USAGE ET DE L'ABUS DES DROGUES

Il est indéniable que plusieurs problèmes de santé, psychologiques et sociaux sont dus au Québec à l'usage et à l'abus des drogues. Nous ne prétendons pas présenter de façon exhaustive et détaillée tous ces problèmes, mais il nous apparaît indispensable de donner un aperçu succinct de ceux qui nous semblent les plus importants.

1. L'alcool

L'usage abusif de l'alcool pose au Québec, comme dans la plupart des sociétés modernes et industrialisées, les problèmes de santé les plus importants avec les maladies du cœur et le cancer. Les principales causes de maladie et de mortalité qu'on attribue à la consommation d'alcool sont les suivantes:

- l'alcoolisme (l'habitude de l'alcool et la dépendance à cette drogue sont à l'origine de sérieux problèmes sociaux et de santé). Nous avons déjà donné au tableau III une estimation du nombre total d'alcooliques au Québec;
- la cirrhose. La Commission Le Dain estime que plus de 60 pour cent des cirrhoses sont dues à un usage élevé d'alcool (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 385). De plus, selon Statistique Canada, la fréquence des décès causés par la cirrhose est nettement en hausse depuis plusieurs années;
- le *delirium tremens* et autres psychoses dues à l'alcool. Selon les données sur la santé mentale de Statistique Canada pour 1971 (sujets admis ou réadmis dans des établissements psychiatriques), un diagnostic de psychose alcoolique a été établi dans 6,7 pour cent des cas. Ces

données indiquent une augmentation par rapport aux données précédentes (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 388);

— la morbidité et la mortalité qui atteignent un taux anormalement élevé pour certaines affections comme la maladie de cœur et quelques types de cancers (cancer de la bouche, du larynx, du pharynx et de l'œsophage; l'abus du tabac entre en ligne de compte, mais l'alcool constitue néanmoins un facteur important);

— d'autres troubles moins fréquents, qui sont indiqués au tableau VIII.

La consommation abusive d'alcool, qu'elle se manifeste de façon aiguë ou chronique, a aussi diverses conséquences sociales telles que:

— des accidents de la route:

Une étude (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 382) effectuée en 1969 dans trois provinces canadiennes présente les conclusions suivantes: il y avait eu consommation d'alcool chez environ 70 pour cent des conducteurs tués dans des accidents mettant en cause une seule voiture et chez 50 pour cent de ceux qui avaient été tués dans des accidents entre plusieurs voitures.

Aux États-Unis, on a estimé que 30 pour cent des blessures graves et 50 pour cent des décès survenus à la suite d'accidents de la circulation étaient liés à la consommation d'alcool (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 383).

Enfin, le gouvernement fédéral attribue la moitié des accidents mortels qui surviennent au Canada à l'influence de l'alcool sur le conducteur (Canada. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1975, p. 13).

Au Québec, le nombre total d'accidents de la route s'élevait en 1974 à 158 649 comparativement à 79 502 en 1955, soit une augmentation de 99,5 pour cent. Ces accidents ont entraîné en 1974 la mort de 1 882 personnes et ont causé des blessures à 54 079 personnes (Québec, Ministère des transports, 1975).

— divers autres types d'accidents au travail et à la maison, pendant les loisirs, etc.

Même si les recherches sont trop peu nombreuses en ce domaine, la consommation d'alcool représente sûrement un facteur crucial dans les chutes, noyades, empoisonnements, etc.

— de l'absentéisme et une diminution du rendement au travail:

La Fondation sur l'alcoolisme de la Colombie britannique évalue à $250 000 000 les coûts annuels de l'absentéisme au travail dû à l'usage d'alcool au Canada (Canada, Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1975, pp. 19-21.

TABLEAU VIII

*Désordres physiologiques causés par l'alcool**

Gastro-intestinaux:
Œsophagite
Cancer de l'œsophage
Gastrite
Mauvaise absorption
Diarrhée chronique
Pancréatite
Dégénérescence graisseuse du foie
Hépatite alcoolique
Cirrhose (qui peut conduire au cancer du foie)
Cardiaques:
Cardiomyopathie alcoolique
Béribéri
Cutanés:
Rosacée
Télangiectasie
Rhinophyma (acné hypertrophique)
Ulcères cutanés
Neurologiques et psychiatriques:
Névropathie périphérique
Troubles convulsifs
Hallucinations alcooliques
Delirium tremens
Syndrome de Wernicke
Psychose de Korsakoff
Syndrome de Marchiafava
Sanguins:
Anémie mégaloblastique
Déficiences en vitamines:
Béribéri
Pellagre
Scorbut
Maladies métaboliques:
Hypoglycémie alcoolique
Hyperlipémie alcoolique

* Source: U.S. Department of Health, Education and Welfare. *First Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health.* DHEW Publication no. (HSM) 72-9099. Washington, D.C., U.S. Growt Printing Office, 1971, p. 45.

Une autre étude effectuée par l'*Addiction Research Foundation* auprès de 16 compagnies a révélé que six pour cent des employés connaissaient des problèmes sérieux de consommation d'alcool. Les effets directs se manifestent par un plus haut taux d'absentéisme au travail (18 jours de maladie par année comparativement à 7 ou 8 jours pour la moyenne des travailleurs) (Robinson, 1960).

— diverses infractions criminelles liées à l'usage et à l'abus de l'alcool:

Un nombre très important de délits sont directement imputables à la consommation d'alcool (ivresse, violation des lois régissant la vente de boissons alcooliques, conduite sous l'empire d'un état alcoolique, etc.).

> « Il est particulièrement intéressant de noter le nombre accru des condamnations pour conduite en état d'ivresse ou quand les facultés sont affaiblies par l'alcool. Ce nombre passe, en effet, de 234 par 100 000 véhicules en 1951 à 448 en 1966, soit une augmentation de 92 pour cent (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1970). »

Bon nombre d'infractions ou crimes sont aussi indirectement imputables à la consommation d'alcool. Des délits mineurs (vagabondage, violation de la propriété, mendicité, petits vols) sont souvent commis par des individus qui ont l'habitude d'être ivres et s'expliquent par le manque d'argent pour se nourrir, se loger et se procurer de l'alcool.

Des études de plus en plus nombreuses associent l'usage de l'alcool à des crimes plus graves. Des rapports très étroits existent vraisemblablement entre l'alcool et les homicides (volontaires ou non), les tentatives de meurtres, les délits sexuels, les vols, les voies de fait, etc.

Une recherche effectuée à Philadelphie au cours d'une période de cinq ans a permis de constater la présence de l'alcool dans 64 pour cent des cas d'homicide, chez le criminel ou la victime (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 391).

Au Canada, les alcoolomanes forment une proportion considérable des détenus pour délit grave. Les pourcentages des alcoolomanes et des alcooliques impliqués dans certaines catégories de crimes se présentent de la façon suivante: meurtres, 33 pour cent; tentatives de meurtres, 38 pour cent; homicides involontaires, 54 pour cent; viols, 39 pour cent; autres délits sexuels, 42 pour cent et voies de fait, 61 pour cent (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 392).

Enfin, même si le rapport entre le suicide et l'alcool demeure souvent obscur, des données en provenance de la Colombie britannique indiquent la présence d'alcool dans le quart des tentatives de suicide. De même, selon une enquête effectuée aux États-Unis, environ le quart des personnes qui se suicident sont alcooliques (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, p. 389).

— des mauvais traitements subis par des enfants et des placements d'enfants dans des familles ou en centres d'accueil:

Une étude réalisée à Montréal, en avril 1975, auprès d'enfants maltraités indique que 39 pour cent des pères de ces enfants avaient un problème de toxicomanie (Audet et coll., 1975).

La Société des services sociaux à la famille de Montréal évaluait en 1966 qu'une partie très importante de sa clientèle était aux prises avec des problèmes d'alcoolisme. Des recherches seraient nécessaires pour déterminer plus exactement le nombre de placements d'enfants qui sont attribuables à des problèmes de toxicomanies.

— divers problèmes d'ordre familial et conjugal:

Aucune étude n'a été effectuée au Canada de façon systématique sur l'alcool et la famille dans son ensemble. Nous avons cependant tout lieu de croire que divers problèmes entrent en ligne de compte (séparation, divorce, perte d'emploi, endettement, disputes, mauvaise éducation des enfants, etc.).

— des dépenses très élevées pour la désintoxication et la réadaptation des alcooliques:

Les tableaux IX et X en donnent les montants approximatifs pour les centres hospitaliers et spécialisés du Québec.

Il demeure extrêmement difficile de déterminer ce que coûtent dans leur ensemble les différents problèmes liés à l'alcool. Le Ministère de la santé et du bien-être social estime qu'ils entraînent pour les Canadiens des dépenses atteignant environ 1 milliard de dollars. Ce chiffre serait une évaluation prudente et fort plausible (Canada. Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1975, pp. 21-22).

Nous ne possédons pas au Québec d'étude systématique sur les coûts économiques directs et indirects de l'usage et de l'abus de l'alcool. Nous pouvons cependant être assurés, d'après les indicateurs que nous avons présentés, qu'ils sont extrêmement élevés et qu'ils progressent. Des mesures d'intervention sont donc plus que justifiées.

2. Les autres drogues

La relation la plus évidente entre le tabac et la santé est un taux de mortalité prématurée plus élevé chez les fumeurs. Différentes recherches ont montré que les fumeurs sont plus exposés au cancer du poumon, à la bronchite chronique, à l'emphysème et au syndrome coronarien; ces études établissent un lien entre l'usage de la cigarette, de la pipe et du cigare, et diverses maladies moins répandues, dont le cancer de la bouche, de l'œsophage et du larynx. Les auteurs de ces études ont également souligné la relation qui existe chez la femme enceinte entre l'usage de la cigarette et la fréquence des accouchements avant terme, des fausses couches, de la mortalité fœtale et

TABLEAU IX

Coûts du traitement des maladies causées par l'alcoolisme dans les centres hospitaliers du Québec (1971, 1972, 1973)

Diagnostic	Nombre de cas			Nombre de jours d'hospitalisation*			Coût en dollars**		
	1971	1972	1973	1971	1972	1973	1971	1972	1973
Psychose alcoolique (291)	486	542	576	8 020	9 485	10 080	541 590	725 602	856 800
Alcoolisme (303)	4 397	5 105	6 780	42 650	44 920	59 660	2 880 154	3 436 380	5 071 100
Total: alcoolisme (291-303)	4 883	5 647	7 356	50 670	54 405	69 740	3 421 744	4 161 982	5 927 900
Cirrhose (571)	2 102	2 308	2 708	46 450	47 660	55 920	3 136 768	3 545 990	4 753 200
probablement 60% des cas liés à l'alcoolisme							1 882 060	2 127 594	2 851 920
Coût total approximatif							5 018 828	5 673 584	7 605 120

* Le nombre de jours a été obtenu à partir du calcul du séjour moyen d'un nombre incomplet de cas.

** *Per diem*: 1971: $67,53
1972: $76,50
1973: $85,00 (estimation à partir de 1972).

Source: AH-101, Ministère des Affaires sociales, 1971, 1972 et 1973.

TABLEAU X

Coût du traitement (per diem) *dans les centres spécialisés du Québec (1973)*

Nom du centre	Budget pour l'année 1973*	Nombre d'admissions**	Nombre de lits	Séjour moyen par admission en jours***	Coût par admission	Coût par jour d'admission
Kénogami	$ 425 004	611	30	9,3	$ 695,70	$ 74,79
Québec	1 068 705	1 270	82	17,9	841,50	48,64
Trois-Rivières	490 118	607	47	30,0	807,20	26,92
Hauterive	401 299	526	28	12,4	762,90	61,53
Saint-Philippe	211 106	157	20	40,0	1 344,60	33,62
Montréal	1 487 741	634	85	20,0	2 346,40	117,33
TOTAL	$4 083 973	3 805	312 M:	21,5 M:	$1 073,80 M:	49,92

* L'année budgétaire débute le 1er avril 1973 et se termine le 31 mars 1974 pour les centres de Montréal et de Trois-Rivières. Pour les autres cliniques elle débute le 1er janvier 1973.

** Par toxicomanes on entend l'ensemble de la population traitée, soit: 91,6% d'alcooliques, 5,1% de pharmacodépendants et 3,3% d'alcooliques et pharmacodépendants.

*** Le séjour moyen dans chacun des centres nous a été transmis par le directeur de la clinique en question ou par un membre du personnel professionnel.

de la mortalité néonatale (Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, 1973, pp. 441-442).

Il faut remarquer enfin que l'on trouve plus fréquemment chez les fumeurs que chez les non-fumeurs des usagers de drogues multiples, permises ou défendues. Les conséquences néfastes de l'usage du tabac ne sont donc pas à sous-estimer, même si elles ne sont pas aussi percutantes et évidentes que dans le cas de l'alcool.

Nous avons déjà insisté sur les problèmes de santé engendrés par la consommation et la surconsommation des médicaments tels que les erreurs dans leur fabrication, leur administration inconsidérée, leurs effets secondaires souvent néfastes et imprévus, etc. Ces médicaments ou drogues psychotropes ont certes rendu d'énormes services à la médecine, mais il semble bien, et avec raison, que l'on commence à être plus circonspect et moins enthousiaste devant ce que l'on a qualifié d'invasion pharmaceutique.

En ce qui concerne enfin l'usage de certaines drogues mineures ou fortes (héroïne, cannabis, LSD, MDA, PCP, solvants volatils) par des groupes plutôt restreints, les problèmes de santé physique et psychologique qui en découlent sont extrêmement divers et varient en importance selon plusieurs facteurs (nature et qualité du produit, fréquence de consommation, sujet lui-même, etc.). Les connaissances scientifiques sont le plus souvent incomplètes en ce domaine, mais nous pouvons affirmer que l'usage de la plupart de ces produits présente presque toujours des dangers sérieux pour la santé; à tout le moins, rien ne nous incite à croire qu'ils ne sont pas inoffensifs sous plusieurs aspects.

La consommation des drogues revêt donc un caractère pluridimensionnel puisqu'elle a des répercussions perceptibles chez les individus, sur les plans physique et psychologique, et dans la société, sur les systèmes social, économique, politique et judiciaire.

APERÇU HISTORIQUE DES INTERVENTIONS DESTINÉES À COMBATTRE L'USAGE ET L'ABUS DES DROGUES

Approche morale

L'usage abusif de l'alcool a toujours été un grand problème dans l'histoire du Québec, comparativement à celui des autres drogues dont l'apparition est relativement plus récente. Il n'est pas surprenant que les modes d'action et d'intervention destinés à les combattre aient été surtout établis à partir des conséquences néfastes de l'usage de l'alcool. Nous héritons en fait d'une longue tradition où les efforts tentés pour maîtriser l'alcoolisme (Bernard, 1968) se sont d'abord concrétisés suivant les idéologies de l'antialcoolisme et de l'abstinence d'alcool, idéologies qui ont été institutionnalisées

avec la fondation du Mouvement Lacordaire au Canada en 1939 (De l'Orme, 1966). Cette première période d'action contre l'alcoolisme se définit essentiellement par une approche moraliste dans laquelle l'alcoolique est perçu comme un être pervers et vicieux, possédé par le démon de l'alcool. On assiste alors à de vastes campagnes de tempérance qui essaient de persuader tout consommateur d'alcool qu'il est un alcoolique en devenir et que l'alcool constitue la cause d'à peu près tous les maux de la société.

Approche médicale

Avec la fondation du mouvement des Alcooliques anonymes aux États-Unis en 1935 et sous l'influence des travaux du *Yale Center of Alcohol Studies* et du docteur E.M. Jellinek, nous entrons dans une deuxième période qui se caractérise avant tout par une approche médicale. L'alcoolique devient un malade qu'il faut soigner plutôt qu'un être à réprimander ou même à emprisonner. Au Québec, cette seconde phase débute avec la mise sur pied de la première Maison Domrémy par le Mouvement Lacordaire en 1955-1956. Certains hôpitaux généraux et psychiatriques créèrent aussi des services d'alcoologie et de toxicomanie. Centrées tout d'abord sur l'approche moraliste de la période précédente, les cliniques Domrémy s'orientèrent rapidement vers une conception plus médicale de l'alcoolisme dont le traitement reposa alors sur le principe selon lequel il s'agit d'une maladie progressive et pratiquement incurable. Cela conduit à un type de traitement dont le but est soit l'abstinence totale soit une sobriété relative. L'intervention auprès de l'entourage de l'alcoolique (épouse, enfants, parents, amis, etc.), quand il y en a une, n'est qu'accessoire au traitement de l'alcoolique lui-même (Finlay, 1974).

La faiblesse d'une telle approche médicale réside dans le fait qu'en partant d'un objectif humanitaire de revalorisation de l'alcoolique, on s'est limité à un aspect précis du problème, c'est-à-dire aux conséquences pathologiques de la consommation abusive d'alcool. L'intervention se pratiquant dans l'optique d'une maladie à traiter, il est évident qu'elle se situe principalement au niveau des conséquences de cette maladie qui d'ailleurs la définissent.

Jellinek (1960) lui-même, dans son célèbre ouvrage intitulé *The disease concept of alcoholism*, reconnaît que c'est une question d'opinion que d'appeler « maladie » le processus physiologique qui conduit au désir insatiable de l'alcool et que c'est aussi une question d'opinion que de dire que les formes anormales d'ingestion d'alcool ou d'autres drogues (perte de maîtrise et dépendance physique) sont causées par des processus physiopathologiques et constituent des maladies. Harold Mulford (1970) nous rappelle de son

côté que « l'alcoolisme-maladie n'a pas été défini et qu'il n'existe aucun traitement spécifique ». Le concept *disease-clinic-treatment-cure* vise, selon Mulford, un objectif de propagande plutôt qu'on objectif scientifique.

A la suite du peu de succès connu par cette approche fortement médicalisée, les thérapeutes et les chercheurs ont peu à peu remis en question le concept d'alcoolisme-maladie. Malgré l'intensité de l'intervention médicale auprès des alcooliques depuis une vingtaine d'années, il est évident que le problème ne cesse de s'aggraver dans notre société. Les alcooliques sont sûrement mieux traités aujourd'hui, mais la société a continué à en produire à un rythme croissant. Les approches moraliste (alcoolisme-péché) et médicale (alcoolisme-maladie) ont en outre contribué à répandre l'idée qu'un alcoolique ne pourra jamais plus boire de façon normale et que le « premier verre » constitue habituellement l'occasion ou le signe d'une rechute. Qualifié de rationalisation des échecs par une spécialiste américaine de l'alcoolisme, Margaret Bailey, ce postulat ne fait que conditionner l'alcoolique à la rechute. L'expérience du docteur D.L. Davies (1962) — du *Maudsley Hospital* de Londres au début des années 60 — dont sept des patients alcooliques avaient recommencé à boire normalement, a soulevé une vague de protestations de la part des thérapeutes orthodoxes, mais elle a aussi incité plusieurs autres thérapeutes à relater des expériences semblables[9].

Si l'on considère par ailleurs les statistiques des cliniques spécialisées dans le traitement des alcooliques au Québec, on constate qu'au moins 40 pour cent des admissions annuelles sont en fait des réadmissions: 18,3 pour cent des alcooliques admis le sont pour la deuxième fois, neuf pour cent pour la troisième fois et 12,8 pour cent davantage. On sait de plus qu'environ 25 pour cent de la clientèle de ces cliniques a déjà été admise dans un autre établissement, principalement dans les centres hospitaliers généraux et spécialisés (psychiatriques). Sans tenir compte des admissions probables dans ces centres hospitaliers, on constate qu'un groupe de clients enregistrés pour la première fois dans l'ensemble des cliniques spécialisées au cours de l'année 1971 ont été réadmis dans les délais suivants: 12 pour cent au cours des douze premiers mois, 18 pour cent au cours des dix-huit premiers mois et 22 pour cent au cours des vingt-quatre premiers mois[10].

Toute ces statistiques peuvent susciter de multiples interprétations. Si l'on tient compte du coût total du traitement des alcooliques en fonction de l'efficacité de ce traitement, nous pouvons à bon droit nous poser de sérieu-

---

9. Commentaires sur l'article de D.L. Davies: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* (1963), **24**: 109-121, 321-332, 727-735; (1965), **27**: 116-117.
Voir aussi: Mausell Pattison et coll. (1968); Hill et Blanc (1967); Mausell Pattison (1966).

10. Ces statistiques sont tirées des rapports annuels sur la population alcoolique traitée. Québec, Service de la recherche de l'Optat.

ses questions. Les alcooliques sont généralement traités à un stade très avancé de leur processus d'alcoolisation (âge moyen: 39 ans) et cette intervention tardive explique en partie son peu d'efficacité. Sans délaisser aucunement ce qui revient particulièrement à la pratique médicale, il nous faudra trouver de nouvelles techniques d'intervention si nous voulons obtenir de meilleurs résultats.

Approche psychosociale

Cette approche doit être comprise dans le sens du modèle social défini par le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1970):

> « Le modèle social diffère essentiellement du modèle médical traditionnel par sa conception de la maladie: un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale — l'individu ou la famille — et le milieu au sein duquel elle évolue. Cette conception appliquée aux services de santé n'élimine pas l'existence de troubles purement et principalement organiques; par contre, plutôt que de considérer la maladie uniquement comme un problème organique et individuel, elle y voit un phénomène complexe mettant en jeu, au niveau de l'étiologie, de l'évolution et des complications, une série de facteurs et d'implications entre l'individu malade et la communauté au sein de laquelle s'inscrit son activité. On met donc l'accent sur le comportement total de l'individu, sans négliger pour autant l'importance du problème organique ou physique. Les aspects humains et sociaux, qui interviennent au niveau des causes ou des conséquences de la maladie pondèrent l'aspect organique de la maladie. »

Le problème de l'usage et de l'abus de l'alcool et des autres drogues s'inscrit dans ce modèle. Les différentes recherches effectuées dans le champ de l'étiologie socio-culturelle de l'alcoolisme sont parvenues à une observation ou une conclusion que résume assez bien Albert Ullman (1959):

> « Dans tout groupe ou toute société où les coutumes, les valeurs et les sanctions qui règlent la consommation d'alcool, ainsi que les attitudes des différents groupes vis-à-vis de l'alcool sont bien établies, connues et acceptées par tous et qu'elles sont compatibles avec le reste de la culture, le taux d'alcoolisme sera bas. »

Si l'on se situe au niveau de l'action sociale, la théorie de la déviance sociale représente une avenue d'explication qui nous paraît des plus intéressantes, surtout lorsqu'on se place dans une perspective de prévention. Selon cette théorie, l'alcoolique, comme tout autre déviant, est celui qui est « étiqueté » et perçu comme tel par les autres. L'alcoolisme n'est donc pas avant tout une maladie que l'on contracte, mais une habitude que l'on acquiert, c'est-à-dire que « la consommation alcoolique constitue un comportement social acquis et non pas inné ou héréditaire (Fattah et coll., 1970) ».

Cette façon d'envisager le problème n'implique pas un rejet de l'aspect médical, *a fortiori* dans les stades les plus avancés de l'alcoolisme, ni même de la présence de certains facteurs physiologiques dans le processus d'alcoolisation. En effet, il est possible que des facteurs d'ordre génétique engendrent chez certains individus des niveaux plus élevés d'anxiété, de tension ou de dépression qui appellent irrémédiablement un soulagement. Etant donné les effets reconnus de l'alcool en ce sens et les attitudes socio-culturelles permissives à l'endroit de sa consommation excessive, ces facteurs pourraient accroître chez certains le risque de devenir alcoolique. Quoi qu'il en soit, face à un phénomène aussi complexe que l'alcoolisme, nous demeurons malheureusement le plus souvent encore dans le domaine des hypothèses plutôt que dans celui des certitudes.

Ces considérations ne nous empêchent cependant pas de reconnaître la nécessité de dispenser les meilleurs soins possibles aux alcooliques parvenus à un stade avancé, de façon à éviter une plus grande détérioration de leur santé et de leur situation socio-économique. Il nous apparaît aussi extrêmement important que les individus aux prises avec des problèmes sérieux liés à la consommation de l'alcool et des autres drogues puissent recevoir de l'aide le plus rapidement possible par des interventions appropriées. Nous croyons que la majorité de ces individus devront être traités dans des services de réadaptation externes ou de façon ambulatoire, et que le traitement en centre de réadaptation interne devra se limiter à un nombre de cas de plus en plus restreint. Il faut viser à réduire l'entrée dans le système de soins de nouveaux cas dont la détérioration est très avancée pour ne pas dire trop avancée. A cet égard, une intervention psychosociale axée sur le dépistage précoce, s'avère l'approche la plus satisfaisante et qu'il importe de mieux développer.

Il est bien évident, par ailleurs, que les efforts devront davantage porter sur des actions préventives (information, éducation, incitation à changer d'attitudes) tant au niveau de la population en général que de groupes particuliers. Les moyens d'action à mettre en œuvre en ce sens doivent être considérés comme prioritaires.

CONCLUSION

L'usage et l'abus des drogues font partie intégrante des habitudes de la société québécoise, comme c'est le cas dans la plupart des sociétés industrialisées. Ici comme ailleurs, la consommation des drogues a, à certains égards, des effets positifs, lorsqu'elle se fait selon des normes socialement acceptées. Toutefois, lorsqu'elle est abusive elle a des effets négatifs particulièrement lourds pour la santé et le bien-être des citoyens. Les coûts économiques et sociaux de l'usage et de l'abus des drogues prennent ainsi des dimensions colossales qui grèvent l'économie des sociétés touchées par ces problèmes.

Rappelons entre autres, la multitude des accidents de la route, les décès par cirrhose causée par l'alcoolisme, les accidents et l'absentéisme en milieu de travail, les dislocations familiales et les placements d'enfants, l'augmentation de la criminalité, les maladies coronariennes, les cancers du poumon et du larynx provoqués par l'usage du tabac, les intoxications dues à l'abus de médicaments, etc.

Plus que jamais, il importe de diffuser une information de qualité sur les divers problèmes liés à l'usage et à l'abus des drogues, ainsi que de créer des services de traitement et de réadaptation de haute qualité. Ce sont là des conditions essentielles pour le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population.

RÉSUMÉ

Après un exposé général sur le phénomène de la consommation des drogues dans les sociétés industrialisées, les auteurs font le point sur l'évolution de la consommation des drogues au Québec. Ils présentent l'épidémiologie de l'alcool, du tabac, de l'abus de médicaments et de certaines drogues mineures et fortes et dégagent les conséquences physiques, psychologiques, économiques et sociales de l'abus des drogues en insistant surtout sur l'alcool. Une dernière partie fait la revue des efforts entrepris au Québec depuis près de quatre décennies pour lutter contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies depuis l'approche morale, puis l'approche médicale et plus récemment l'approche psychosociale. En annexe à ce travail, on trouvera une documentation des plus utiles à tous les travailleurs de la santé: la définition des principaux termes scientifiques relatifs aux toxicomanies, la classification des drogues toxicomanogènes, la répartition au Québec des ressources thérapeutiques (centres de réadaptation, organismes bénévoles) et divers instruments de travail tels que la compilation des caractéristiques des buveurs excessifs et une liste de films facilement accessibles.

SUMMARY

The use and abuse of drugs in Québec
A global outline

NORMAND GOSSELIN
FERNAND PARENTEAU

Following a report on the phenomenon of drug consumption in industrialized societies, the authors focus their attention on the evolution of drug consumption in Quebec. They present the epidemiology of alcohol, tobacco, the

overuse of drugs (self-medication and prescriptions) and the abuse of certain soft and hard drugs. The authors also elucidate the physical, psychosocial, economic and social consequences of drug abuse with a particular insistance upon alcohol. Their conclusion reviews the efforts undertaken over the past four decades to combat alcoholism and drug addiction in Quebec, spanning the initial moral standpoint, then the medical approach, and finally, the recent psychosocial approach. As an appendix, the authors have included a documentation which should prove highly useful to all health workers: a definition of the principal scientific terms relative to drug addiction, a classification of the addictive drugs, the repartition of therapeutic resources in Quebec (rehabilitation centers, volunteer organizations), other practical data, such as the compilation of caracteristics common to alcoholics and finally, a list of available films on the subject.

BIBLIOGRAPHIE

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION (1973). *Proposal for a comprehensive health oriented alcohol control policy in Ontario*. Toronto.

Alcoholism: new victims, new treatment (1974). *Time*, 22 avril: 59-65.

AUDET, J., et coll. (1975). *Étude analytique de l'enfant maltraité*. Université du Québec, Montréal, avril, p. 21.

BERNARD, J.-M. (1968). Deux phases de l'antialcoolisme au Canada français (1840-1855 et 1905-1920): essai d'interprétation sociologique. *Toxicomanies*, **1** (no 2): 135-166.

BOYDELL, C. L., GRINDSTAFF, C. F., et WHITEHEAD, P. C. (1972). *Deviant behaviour and societal reaction*. Holt, Rinehart and Winston of Canada, Toronto, 350 p.

BRETON, D., GOSSELIN, N., et SAMSON, L. (1974). *Inventaire des ressources thérapeutiques dans le domaine des toxicomanies au Québec (mars 1973 — février 1974)*. Optat, Québec, 256 p.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1973). L'usage de la cigarette au Canada. *Bulletin Rx*, **4** (no 8): 182-183.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1974). *Indicateurs du domaine de la santé pour la politique sanitaire*. Ottawa.

CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL (1975). *Un aperçu des problèmes liés à l'alcool au Canada*. Direction de l'usage non médical des drogues. Ottawa, 60 p.

CANADIAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (1973). *Survey of community pharmacy*. Communication présentée à la XXXIe Réunion annuelle.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LES BOISSONS ALCOOLIQUES (1973). *La bière, le vin et les spiritueux: leurs caractéristiques et politiques gouvernementales au Canada*. Association des brasseries du Canada, Ottawa, 187 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1970). *Rapport*, deuxième partie, volume IV, La santé, tome II. Éditeur officiel du Québec, Québec, p. 28 (par. 531).

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL (1971). *Les services sociaux*, 6. Éditeur officiel du Québec, Québec.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'USAGE DES DROGUES À DES FINS NON MÉDICALES (1970). *Rapport provisoire*. Imprimeur de la Reine, Ottawa, p. 146.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'USAGE DES DROGUES À DES FINS NON MEDICALES (1972). *Le traitement*. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 128 p.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'USAGE DES DROGUES À DES FINS NON MÉDICALES (1973). *Rapport final*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1160 p.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1975). *Les toxicomanies autres que l'alcoolisme, guide de diagnostic et de traitement*, Montréal, 72 p.

DAVIES, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **23** (no 1): 94-104.

DE LINT, J., et SCHMIDT, W. (1972). Consumption beverages and alcoholism prevalence: a brief review of epidemiological investigations. *In* C.L. Boydell, C.F. Grindstaff et P.C. Whitehead, *Deviant behaviour and societal reaction*. Holt, Rinehart and Winston of Canada, Toronto, p. 323.

DE L'ORME, J.-C. (1966). *Le Mouvement Lacordaire au Canada français*. Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres drogues, Québec, 37 p.

DUPUY, J.-P., et KARSENTY, S. (1974). *L'invasion pharmaceutique*. Éditions du Seuil, Paris.

FATTAH, E.A., GAUDREAU-TOUTANT, C., et TREMBLAY, R. (1970). *L'alcool chez les jeunes Québécois*. Presses de l'Université Laval, Québec, p. 13.

FINLAY, D.G. (1974). Alcoholism: illness or problem in interaction. *Social Work*, juillet: 398.

FREED, E.X. (1973). Drug abuse by alcoholics: a review. *The International Journal of Addictions*: 466.

GOSSELIN, N. (1975). *Analyse des caractéristiques sociales d'individus traités au Québec pour alcoolisme au cours de l'année 1973*. Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres drogues, Québec, 87 p.

HILL, M.J., et BLANC, H.T. (1967). Evaluation of psychotherapy with alcoholics, a critical review. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **28**: 77-104.

HURWITY, N., et WADE, O.L. (1969). Admissions to hospitals due to drugs. *British Medical Journal*, **1** (no 532).

ILLICH, Y. (1975). *Némésis médicale, L'expropriation de la santé*. Éditions du Seuil, Paris, 223 p.

JELLINEK, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press, New Brunswick, New Jersey, p. 40.

KIM, Y.C. (1973). *Statistics of alcohol use and alcoholism in Canada (1949-1971)*. Research Division, Alcoholism Commission of Saskatchewan, Regina, 414 p.

LAFOREST, L. (1972). L'alcoolisme au Québec, un phénomène régional. *Toxicomanies*, **4** (no 4): 313-334.

LAMONTAGNE, Y., VANDAL, J., et TÉTREAULT, L. (1975). Milieu familial, habitudes sociales et aspirations d'étudiants usagers et non-usagers de drogues. *L'Union médicale du Canada* **104**: 889-897.

LEVINSON, C. (1974). *Les trusts du médicament*. Éditions du Seuil, Paris.

MAUSELL PATTISON, E. (1966). A critique of alcoholism treatment concepts, with special reference to abstinence. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **27**: 49-71.

MAUSELL PATTISON, E., et coll. (1968). Abstinence and normal drinking: an assesment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **29**: 610-633.

Medical Dictionary. Dorland's illustrated, 24th Edition. *Press of Saunders Company*, Londres.

MULFORD, H. (1970). *Meeting the problems of alcohol abuse: a testable action plan for Iowa*. Selected papers presented at the general sessions, XXIst Annual Meeting, NAAAP, San Antonio, Texas, pp. 53-63.

NOWLIS, H. (1975). *La drogue démythifiée*. Les Presses de l'Unesco, Paris, 107 p.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (1972). *Réunion sur l'éducation destinée à prévenir l'abus des stupéfiants notamment dans les pays développés, prévention de l'abus des stupéfiants par l'éducation et les moyens d'information*. Maison de l'Unesco, Paris, septembre, 48 p.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (1973). *Réunion sur l'éducation destinée à prévenir l'abus des stupéfiants notamment dans les pays développés, rapport*. Maison de l'Unesco, Paris, mai.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ÉDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (1974). *Séminaire sur les jeunes et l'usage des drogues dans les pays industrialisés*. Maison de l'Unesco, Paris, mai.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1969). *Seizième rapport du Comité d'experts de la pharmacodépendance*. Série de rapports techniques no 407. Genève, 45 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1971). *Moyens de prévenir et de combattre l'abus des drogues et la pharmacodépendance*. Bureau général de l'Europe, Copenhague, 28 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1973a). *Programme d'éducation sanitaire concernant l'abus des drogues chez les jeunes*. Bureau général de l'Europe, Copenhague, 63 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1973b). *Dix-neuvième rapport du Comité d'experts de la pharmacodépendance*, Série de rapports techniques no 526. Genève, 42 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1974). *Vingtième rapport du Comité d'experts de la pharmacodépendance*, Série de rapports techniques no 551. Genève, 100 p.

POPHAM, R.E. (1956). The Jellinek alcoholism estimation formula and its application to Canadian data. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, **17** (no 4): 559-593.

QUÉBEC. MINISTÈRE DES TRANSPORTS (1975). *Statistiques d'accidents de véhicules automobiles au Québec*. Service d'études en sécurité routière, Québec, pp. 40 et 54.

Revue *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* (1939 à 1975). **1** à **36**, Center of Alcohol Studies, Rutgers University, New Brunswick, New Jersey.

Revue *Québec médical* (1973). **2** (no 10). Numéro spécial sur *Les médicaments dans notre société de consommation*.

Revue *Toxicomanies* (1968 à 1975). **1** à **8**. Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, Québec.

ROBINSON, R.R. (1960). *Industry can cut its losses by facing up the alcoholism*. Addiction Research Foundation, Toronto.

SAMSON, L. (1975). *Étude des caractéristiques d'une population toxicomane traitée au Québec: rapport annuel 1973*. Office de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, Québec, 116 p.

SMART, R.G., et WHITEHEAD, P.C. (1974). The use of an epidemiology of drug use: the Canadian scene. *The International Journal of Addictions*, **9** (no 3): 375.

ULLMAN, A.D. (1959). Socio-cultural backgrounds of alcoholism. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, **315** (janvier): 48-54.

VILLEDIEU, Y. (1975). Un régime de drogués. *Québec Science*, mars.

WHITEHEAD, P.C. (1975). L'heure de la coordination: similitudes épidémiologiques entre l'usage et l'abus de l'alcool et ceux des autres drogues. *Toxicomanies*, **8** (no 1): 31-40.

ANNEXE A

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES SCIENTIFIQUES RELATIFS AUX TOXICOMANIES*

Aigu: de courte durée et habituellement d'une intensité relativement grande.

Alcoolisme: désordre chronique du comportement caractérisé par la consommation régulière de boissons alcoolisées dans une mesure qui excède l'usage accepté dans un régime alimentaire normal ou le simple respect des habitudes de consommation de la communauté et qui nuit à la santé du buveur, à ses relations interpersonnelles ou à son fonctionnement économique. (*Medical Dictionary*, Dorland's Illustrated, 24th Edition. London, Press of Saunders Company, p. 53).

Chronique: qui dure ou se prolonge sur une longue période.

Delirium tremens: survient uniquement dans le cas d'alcoolisme aigu. Il se manifeste par de l'agitation et des tremblements, accompagnés de sueurs et de déshydratation.

Dépendance: état d'assujettissement physique et psychologique qui résulte de l'absorption périodique ou continuellement répétée d'une certaine drogue. Les caractéristiques de la dépendance varient selon la drogue.

Dépendance physique: état physiologique engendré par l'usage continu d'une drogue (présuppose habituellement le développement d'une tolérance). L'arrêt de l'administration de la drogue provoque dans ce cas un ensemble caractéristique de symptômes appelés symptômes ou syndrome de sevrage ou d'abstinence.

Dépendance psychologique: état d'une personne qui dépend d'une chose pour sa satisfaction ou son bien-être; il peut s'agir dans le cas de la drogue d'une simple préférence comme d'un désir intense ou passionné. La

---

* Les termes définis dans ce glossaire ont été extraits surtout des ouvrages suivants:

— *Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales* (1970). Imprimeur de la Reine, Ottawa, pp. 355-360.

— *Seizième rapport du Comité d'experts de la pharmacodépendance*. Série de rapports techniques no 407 (1969). Organisation mondiale de la santé. Genève.

dépendance psychologique peut entraîner des effets psychologiques en cas de sevrage.

Dépresseur: drogue qui décroît ou déprime l'activité de l'organisme. On peut classer les dépresseurs en fonction de l'organe ou du système sur lequel ils agissent.

Désintoxication: action par laquelle l'organisme se débarrasse ou est débarrassé des poisons ou des toxines qui l'imprègnent.

Drogue: toute substance qui, introduite dans un organisme vivant, peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions.

Pharmacodépendance: dépendance à tout produit naturel ou chimique, qu'il soit ou non de nature médicamenteuse.

Pharmacomanie: usage non rationnel et répété de médicaments, le plus souvent sans contrôle médical.

Polytoxicomanie: état de dépendance à l'égard de plusieurs drogues. Ce terme se rapporte tout aussi bien à un usage simultané qu'à un usage successif de plusieurs drogues.

Stimulant: substance qui agit sur le système nerveux en limitant le besoin de sommeil et la fatigue et quelquefois en réduisant l'appétit.

Syndrome de sevrage: ensemble de symptômes caractéristiques désagréables, tant physiologiques que psychologiques qui se produisent (lorsque le sujet a contracté une dépendance physique) au moment de la suppression de la drogue (ou de l'administration d'une drogue antagoniste). On en parle également comme du syndrome d'abstinence. Les effets de sevrage varient selon le type de drogue que prenait le dépendant et selon la façon dont il l'employait. Il arrive dans des cas graves que le syndrome de sevrage soit fatal.

Système nerveux central: partie du système nerveux qui comprend le cerveau et la moelle épinière.

Taux d'alcool dans le sang: concentration d'alcool dans le sang (calculée ordinairement en g pour 100 ml de sang).

Tolérance: le fait pour une certaine dose de drogue de provoquer un effet moindre lorsque l'usage se prolonge.

Toxicomanie: terme ambigu qui désigne ordinairement une dépendance psychologique accentuée (ou un besoin) de la drogue souvent accompagnée d'une dépendance physique (et donc des symptômes de sevrage en cas de suppression de la drogue) et d'une propension à augmenter la quantité consommée (tolérance).

Toxicomanogène: drogue qui, dans certaines circonstances, peut entraîner une dépendance chez certains usagers.

Toxique: effet nocif ou fatal d'une drogue. Le terme est souvent employé pour désigner les symptômes de l'empoisonnement. Toutes les drogues ont des effets toxiques si la dose administrée est suffisamment forte.

ANNEXE B

CLASSIFICATION DES DROGUES TOXICOMANOGÈNES*

I. Les dépresseurs de l'activité du système nerveux central

A. L'alcool

B. Les hypnotiques:

1. Barbituriques.
   a) durée d'action ultra-courte:
      ex.: thiopental (Pentothal) (C)**
   b) durée d'action courte:
      ex.: pentobarbital (Nembutal) (C)
      ex.: sécobarbital (Sénocal (C)
   c) durée d'action intermédiaire:
      ex.: amobarbital (Amytal) (C)
      ex.: amobarbital et sécobarbital (Tuinal) (C)
   d) durée d'action longue:
      ex.: phénobarbital (Gardénal) (C)

Termes populaires: *goof balls*, *downers*, ou autres, suivant l'apparence de la capsule (*barbs*, *reds*, *yellow jackets*, etc.)

---

* CHALOULT, L. (1971). Vers une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. *Toxicomanies*, 4 (no 4): 371-375.

** C: Médicament contrôlé.

2. Non-barbituriques:

etchlorvynol	ex.: Placidyl (Pr)***
glutéthimide	ex.: Doriden (Pr)
méthyprylon	ex.: Noludar (Pr)
méthaqualone	ex.: Tualone (Pr)

Termes populaires: les mêmes que pour les barbituriques.

C. Les anxiolytiques (sédatifs, tranquillisants mineurs):

chlordiazépoxyde	ex.: Librium (Pr)
diazépam	ex.: Valium (Pr)
méprobamate	ex.: Miltown (Pr)

Termes populaires: *downers*.

D. Les analgésiques narcotiques:

1. L'opium et ses dérivés naturels et semi-synthétiques:
   a) la morphine, la codéine, les sirops pour la toux à base de codéine, etc.
   b) l'héroïne (termes populaires: *smack*, *junk*, *horse*, *H*, *come*).
2. Les narcotiques synthétiques:

mépéridine	ex.: Démérol (N)
méthadone	ex.: Dolophine (N)
oxycodone	ex.: Percodan (N)

E. Les antipsychotiques (les tranquillisants majeurs):

lévomépromazine	ex.: Nozinan (Pr)
chlorpromazine	ex.: Largactil (Pr)
trifluopérazine	ex.: Stélazine

F. Autres:

1. Bromures
2. Antihistaminiques
3. Médicaments brevetés ex.: Sominex, Nytol, etc.

*** Pr: Prescription requise.

II. Les stimulants de l'activité du système nerveux central

A. Les stimulants de la vigilance:

1. Les stimulants majeurs:
   a) Amphétamines
      ex.: amphétamine (Benzédrine) (C)
      dextroamphétamine (Déxédrine) (C)
      méthamphétamine (Méthédrine) (C)
   Termes populaires: *speed*, *crystal* ou *meth* (pour la méthamphétamine)
   b) Anorexigènes autres que les amphétamines
      ex.: phenmétrazine (Préludine) (Pr)
      diétylpropion HCL (Ténuate) (Pr)
   Les anorexigènes sont parfois appelés également *speed* dans le langage des adeptes.
   c) Cocaïne (termes populaires: *coke*, *snow*).

2. Les stimulants mineurs:
   a) caféine et autres xanthines — ex.: thé, café, cola
   b) nicotine

3. Les autres:
   Chlorhydrate de méthylphénidate — ex.: Ritaline (Pr)
   Sulfate de strychnine
   Amines sympathicomimétiques — ex.: éphédrine

B. Les stimulants de l'humeur (antidépresseurs):

1. Les inhibiteurs de la MAO (monoamine oxydase):
   ex.: tranylcypromine (Parnate) (Pr)
   phénelzine (Nardil) (Pr)

2. Les non-inhibiteurs de la MAO (tricycliques):
   ex.: imipramine (Tofranil) (Pr)
   désipramine (Pertofrane) (Pr)
   amitriptyline (Elavil) (Pr)

III. Les perturbateurs de l'activité du système nerveux central

A. Les hallucinogènes proprement dits:

1. Le LSD (terme populaire « acide ») se vend sous forme de capsule (cap) ou de comprimé (tab);

2. La mescaline (provient d'un petit cactus, le peyotl), et peut être également synthétisée en laboratoire (terme populaire mesc);

3. La psilocybine (provient d'un champignon, le psilocybe);
4. Le DOM ou STP (2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine).

B. Les dérivés du cannabis:

1. La marihuana, substance fabriquée avec les feuilles et les fleurs du cannabis;
   Termes populaires: mari, *pot*, *grass*, *weed*, etc. Un *joint* est une cigarette de marihuana;
2. Le haschisch (terme populaire: hash) fabriqué à partir de la résine du cannabis (teneur en produit actif beaucoup plus élevée que dans la marihuana);
3. Le THC (tétrahydrocannabinol): principe actif contenu dans la marihuana et le haschisch et qui peut être isolé à l'état pur et synthétisé en laboratoire.

C. Les solvants volatils:

1. Les colles: de loin les plus employées, en particulier les colles plastiques (colle d'avion) à usage familial ou industriel; le toluène et l'acétone entrent pour l'essentiel dans la composition de ces produits;
2. Les essences: essence de voiture ou à briquet, liquides à nettoyer; composants: naphte, benzine et tétrachlorure de carbone;
3. Les dissolvants (*remover*): dissolvants pour vernis à ongles, composés d'acétone et d'acétates aliphatiques;
4. Les diluants et les peintures; composants: toluène et acétates aliphatiques.
5. L'éther.

D. Les anticholinergiques:

1. Les alcaloïdes naturels de la belladone: ex.: Asthmador
   a) Atropine
   b) Hyoscyamine
   c) Scopolamine
2. Les produits synthétiques: ex.: Sernyl (PCB)
   Ditran

E. Autres:

1. Le MDA (3, 4 méthylenedioxyamphétamine)
2. Le DMT (diméthyltriptamine)
3. Le DET (diéthyltriptamine)
4. Le DOET (2,5-diméthoxy-4-éthylamphétamine)
5. Les graines de Volubilis (*morning-glory seeds*)
6. La muscade dont le produit actif est la myristicine
7. Etc.

ANNEXE C

CARACTÉRISTIQUES PHYSIOLOGIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES DES BUVEURS EXCESSIFS*

Types de buveurs excessifs**	Composantes physiques	Composantes psychologiques	Composantes sociales
Buveur très détérioré (5%)	– complications médicales sérieuses – intoxication fréquente – dépendance physique forte – diminution de tolérance à l'alcool – santé générale très atteinte	– peu de forces de l'ego – perte de confiance en soi à peu près totale – dépendance psychologique forte	– itinérant, c'est-à-dire isolé socialement – sans famille – sans travail – sans abri – actes délictueux mineurs – sans bien – sous-cultures
ATTITUDES DU MILIEU: emprisonne, isole, oublie, rejette, a pitié, exploite.			
Buveur détérioré (20%) Buveur détérioré (suite)	– certaines complications médicales – intoxication fréquente – dépendance physique forte – santé générale atteinte	– dépendance psychologique forte – confiance en soi atteinte – manipulation – grandiloquence – tolérance à la frustration très diminuée	– liens fragiles avec le milieu: famille, amis – endettement – diminution des capacités dans l'accroissement de ses rôles – instabilité d'emploi, survie grâce aux prestations d'assurance chômage et d'assurance sociale
ATTITUDES DU MILIEU: surprotège, camoufle, blâme, abandonne progressivement, oscille entre surprotection et rejet.			

* Tableau établi par Jean-Marc Berbard, Lise Langlois et Gilles Parent, Ministère des affaires sociales du Québec, 1975.

** MULFORD, H.A. (1970). *Meeting the problems of alcohol abuse: a testable action plan for Iowa.* Iowa Alcoholism Foundation, Cedar Rapids, Iowa, pp. 53-63.

ANNEXE C (suite)

Types de buveurs excessifs**	Composantes physiques	Composantes psychologiques	Composantes sociales
Buveur-problème (75%)	– instauration de la dépendance physique – santé générale: apparence bonne	– installation de la dépendance psychologique – manipulation – diminution de la tolérance à la frustration	– liens avec le milieu: en apparence stables mais deviennent conflictuels: travail, famille, amis – début de difficultés financières
ATTITUDES DU MILIEU: est complice, oscille entre surprotection et rejet, a des attentes paradoxales.			

ANNEXE D

LES CENTRES INTERNES ET EXTERNES (PERSONNEL ET NOMBRE DE LITS) SELON LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES – 1974

Régions administratives		Centres internes	Centres externes	Nombre de lits	Personnel (Total)	Catégories d'emploi					
						Médecins ou psychiatres	Infirmières	Psychologues	Travailleurs sociaux	Conseillers sociaux	Autres professionnels et non-professionnels
01	Bas St-Laurent-Gaspésie	1	1	19	20	3	6	1	2	1	7
02	Saguenay-Lac Saint-Jean	2	1	47	17	3	9	—	—	1	4
03	Québec	1	4	82	44	10	11	7	10	—	6
04	Trois-Rivières	2	1	57	25	2	—	3	1	6	13
05	Cantons-de-l'Est	—	1	—	8	2	—	1	3	1	1
06A	Montréal	1	5	85	150	18	41	7	23	5	56
06B	Laurentides-Lanaudière	1	—	40	18	3	3	3	3	—	6
06C	Sud de Montréal	1	1	20	16	2	7	3	2	1	1
07	Outaouais	—	1	—	5	2	—	1	2	—	—
08	Nord-Ouest	—	1	—	2	1	—	—	—	1	—
09	Côte-Nord	1	1	28	30	4	10	2	2	1	11
10	Nouveau-Québec	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL		10	17	378	335	50	87	28	48	17	105

ANNEXE E

RÉPERTOIRE DES CENTRES EXTERNES ET INTERNES (NOM ET ADRESSE)

Région administrative		Centre de rédaptation interne (Statut) — (capacité)	Centre de réadaptation externe
01	Bas St-Laurent – Gaspésie	— L'Escale (Corporation de l'hôpital des Monts) – (C.H.) (14 lits)	— Centre de consultations externes — Hôpital St-Joseph de Rimouski, Rim.
02	Saguenay – Lac St-Jean	— Pavillon Kénogami (Centre hospitalier Jonquière-Arvida) (C.H.) – (30 lits) — Service de réadaptation des éthyliques (Hôtel-Dieu de Roberval) – (C.H.) — (24 lits)	— Service de toxicomanies — Hôtel-Dieu d'Alma, Alma
03	Québec	— Département d'alcoologie et de toxicomanie (Centre hospitalier St-François-d'Assise) — (C.H.) — (34 lits)	— Service d'alcoologie — Hôtel-Dieu Notre-Dame de Beauce, St-Georges — Service d'alcoolisme et autres toxicomanies — Hôtel-Dieu de Rivière-du-Loup — Service d'alcoologie et de toxicomanie — Hôpital de Charlevoix, Baie St-Paul.

ANNEXE E (suite)

Région administrative	Centre de rédaptation interne (Statut) — (capacité)	Centre de réadaptation externe
04 Trois-Rivières	— Domrémy - Trois-Rivières (Pointe-du-Lac) — (C.A.) — (35 lits)	— Département d'alcoolisme et autres toxicomanies — Hôpital Ste-Croix, Drummondville.
	— Service d'alcoologie (Hôpital St-Joseph-de-Latuque) — (C.H.) — (10 lits)	
05 Cantons-de-l'Est	— Hôpital St-Vincent-de-Paul de Sherbrooke — (C.H.) — (24 lits)	
06A Montréal	— Domrémy - Montréal Inc. (Pierrefonds) — (C.A.) — (85 lits)	— Centres de consultations externes de Domrémy - Montréal Inc.: Secteur centre 7081 rue St-Denis Secteur est, 3700 boul. St-Joseph Secteur nord-ouest, 367 est rue Henri- Bourassa Secteur Laval, 3719 ouest boul. Lévesque
	— Programme Portage Inc. (Montréal) — (C.A.) (79 lits)	— Centre de services sociaux du Montréal-métropolitain, section alcoolisme
	— Programmes Alternatives (Montréal) — (C.A.) (6 lits)	— Service d'alcoolisme — Hôtel-Dieu de Montréal
		— Alcoholism Unit — Montreal General Hospital

ANNEXE E (suite)

Région administrative	Centre de réadaptation interne (Statut) — (capacité)	Centre de réadaptation externe
		— Service des adolescents — Hôpital Ste-Justine
06B Laurentides-Lanaudière	— Département de réadaptation pour alcooliques et autres toxicomanes (Centre hospitalier régional Lanaudière de Joliette) — (C.H.) — (35 lits)	
06C Sud de Montréal	— Beaver House Rehabilitation Centre for Addiction (St-Philippe) — (C.A.) — (20 lits)	— Centre de consultations externes pour toxicomanes — Centre hospitalier de Valleyfield.
07 Outaouais	— Pavillon Jellinek — Hull — (C.A.) — (26 lits)	
08 Nord-Ouest		— Service régional de toxicomanies — Hôtel-Dieu, Amos
09 Côte-Nord	— Domrémy - Côte-Nord — (C.A.) — (15 lits)	— Centre de toxicomanies — Hôpital de Sept-Îles, Sept-Îles
10 Nouveau-Québec		

ANNEXE F

RÉPERTOIRE DE LA FÉDÉRATION DES ORGANISMES BÉNÉVOLES POUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES DU QUÉBEC

La Fédération des organismes bénévoles comprend actuellement 68 organismes qui regroupent environ 6 500 membres.

Les objectifs de la Fédération

— Promouvoir la réadaptation des alcooliques et autres toxicomanes
— unifier et coordonner les activités des organismes membres
— stimuler l'information et l'éducation en matière d'alcoolisme et autres toxicomanies
— susciter une saine collaboration avec les autres organismes qui poursuivent des buts identiques
— assurer une liaison constante entre les organismes membres et favoriser les échanges
— établir des relations efficaces entre les organismes membres et les établissements de santé et de services sociaux.

Le secrétariat de la Fédération est situé:
969, Route de l'Église
3e étage
Ste-Foy, Québec
G1V 3V4
Tél : (418) 643-3014

Services offerts par les organismes

— Dépannage en cas d'intoxication aiguë à l'alcool et autres drogues
— dépistage précoce des cas problèmes
— approche et accueil, au local, des gens qui ont un problème causé par l'abus d'alcool et de drogues
— thérapie de soutien au sein de l'organisme
— orientation, si cela est nécessaire, vers une institution thérapeutique spécialisée

— « suivi » exercé auprès du patient à sa sortie d'un établissement de traitement spécialisé

— action sociale exercée auprès de la famille durant la désintoxication et la réadaptation d'un alcoolique

— loisirs, activités sociales, séances d'animation, entrevues, cours offerts aux membres de l'organisme

— compréhension et fraternité humaine qui réchauffent et redonnent la joie de vivre

Nom, adresse et numéro de téléphone des organismes bénévoles selon la région administrative

Bas St-Laurent — Gaspésie (01)

UNITÉ DOMRÉMY D'AMQUI
Rang St-Jean-Baptiste
C.P. 1412
Amqui, Qué. G0J 1B0
Tél: 418-629-3224

UNITÉ DOMRÉMY DE CAUSAPSCAL
C.P. 615
Causapscal, Qué. G0J 1J0
Tél: 418-756-3821

UNITÉ DOMRÉMY DE CHANDLER
C.P. 1298
Chandler, Gaspé-est
Québec. G0C 1K0
Tél: 418-689-3464

UNITÉ DOMRÉMY DE MATANE INC.
a/s M. André Anderson
Édifice Sirois
157, St-Pierre
Matane, Qué. G4W 2B7

UNITÉ DOMRÉMY DE MONT-JOLY
19, rue Lebel
C.P. 532
Mont-Joly, Qué. G5H 2H2
Tél: 418-775-2861

UNITÉ DOMRÉMY DE NEW-CARLISLE
C.P. 153
New-Carlisle, Qué. G0C 1Z0
Tél: 418-752-2969

UNITÉ DOMRÉMY DE GASPÉ INC.
Rue York
Gaspé, Qué.
Tél: 418

L'ASSOCIATION LACORDAIRE DU DIOCÈSE DE RIMOUSKI
C.P. 74
34 ouest, de l'Évêché
Rimouski, Qué. G5L 7B7
Tél: 418-723-3791

UNITÉ DOMRÉMY DE LUCEVILLE INC.
53, St-Pierre
C.P. 37
Luceville, Qué. G0K 1E0
Tél: 418-739-4441

UNITÉ DOMRÉMY DE RIMOUSKI
188 ouest, St-Jean-Baptiste
C.P. 361
Rimouski, Qué. G5L 4J6
Tél: 418-723-4471

UNITÉ DOMRÉMY DE ST-GABRIEL INC.
91, Principale
St-Gabriel de Rimouski, Qué.
G0K 1N0
Tél: 418-798-8833

Saguenay — Lac St-Jean (02)

UNITÉ DOMRÉMY D'ALMA INC.
280, ouest, rue Scott
Alma, Qué. G8B 3J7
Tél: 418-662-9251

ASSOCIATION DES ABSTINENTS SAGUENAY — LAC ST-JEAN INC.
285, rue St-Jean-Baptiste
C.P. 512
Jonquière, Qué. G5X 7L2

UNITÉ DOMRÉMY DE CHICOUTIMI INC.
422, St-Philippe
C.P. 91
Chicoutimi, Qué. G7G 3W3
Tél: 418-543-7162

UNITÉ DOMRÉMY DE DOLBEAU-MISTASSINI INC.
200, boulevard Walberg
C.P. 23
Dolbeau, Qué. G0W 3A0
Tél: 418-276-4291

UNITÉ DOMRÉMY DE JONQUIÈRE INC.
103, St-Pierre
Jonquière, Qué. G7X 3G1
Tél: 418-547-8611

UNITÉ DOMRÉMY DE NOTRE-DAME DE LA BAIE INC.
3348, boul. de la Grande-Baie
Port-Alfred, Qué. G7B 1G2
Tél: 418-544-2891

Québec (03)

UNITÉ DOMRÉMY DE L'ISLE-VERTE INC.
Rue Principale
B.P. 12
Isle-Verte, Qué. G0L 1K0
Tél: 418-898-3251

UNITÉ DOMRÉMY DE LA POCATIÈRE
3e rue
C.P. 148
La Pocatière, Qué. G0R 1Z0
Tél: 418-856-3153

UNITÉ DOMRÉMY DE RIVIÈRE BLEUE
Rivière Bleue
Comté Rivière-du-Loup, Qué.
Tél: 418-893-2761

UNITÉ DOMRÉMY DE RIVIÈRE-DU-LOUP INC.
4, rue de Gaspé
Rivière-du-Loup, Qué. G5R 1A9
Tél: 418-862-6622

UNITÉ DOMRÉMY DE VILLE ST-PASCAL INC.
C.P. 155
St-Pascal, Kamouraska, Qué.
G0L 3Y0
Tél: 418-492-2002

UNITÉ DOMRÉMY DE THETFORD-MINES INC.
397, Martineau
Thetford-Mines, Qué. G6G 4R3
Tél: 418-335-3529-3526

UNITÉ DOMRÉMY DE CLERMONT INC.
67, Lapointe
Clermont, Qué. G0T 1C0
Tél: 418-439-2359

UNITÉ DOMRÉMY DE TÉMISCOUATA INC.
2, de l'Église
Notre-Dame du Lac, Qué. G0L 1X0
Tél: 418-899-2780

UNITÉ DOMRÉMY DE TROIS-PISTOLES
Rue Jean Rioux
C.P. 1306
Trois-Pistoles, Qué. G0L 4K0
Tél: 418-851-1544

UNITÉ DOMRÉMY DE ST-JOSEPH INC.
154, de la Gorgendière
C.P. 522
St-Joseph de Beauce, Qué.
G0S 2V0
Tél: 418-397-5408

UNITÉ DOMRÉMY DE BAIE ST-PAUL INC.
3, rue Clarence
C.P. 64
Baie St-Paul, Qué. G0A 1B0
Tél: 418-435-6397

Trois-Rivières (04)

UNITÉ DOMRÉMY DE DRUMMONDVILLE INC.
670, Mélançon
Drummondville, Qué. J2C 4S3
Tél: 819-477-2897

L'ASSOCIATION DES COPAINS DU BON VOULOIR
C.P. 608
Drummondville, Qué.

UNITÉ DOMRÉMY DE PRINCEVILLE INC.
220, St-Jean-Baptiste sud
Princeville, Qué. G0P 1E0
Tél: 819-363-5712

UNITÉ DOMRÉMY DE SHAWINIGAN INC.
2092 Lavergne
Shawinigan, Qué. GPN 3S9
Tél: 819-539-9285

MAISON DE SOBRIÉTÉ DE ST-TITE INC.
301, St-Joseph
St-Tite, Qué.

MAISON DE SOBRIÉTÉ DE TROIS-RIVIÈRES INC.
573, St-Georges
Trois-Rivières, Qué. G9A 2K7

UNITÉ DOMRÉMY DE PLESSISVILLE INC.
C.L.S.C. de l'Érable
1353, rue Calixte
Plessisville, Qué. G6L 1P4

UNITÉ DOMRÉMY DE VICTORIAVILLE INC.
3, rue Poitras
Victoriaville, Qué. G6R 3P9
Tél: 819-752-4004

Cantons-de-l'Est (05)

UNITÉ DOMRÉMY D'ASBESTOS
550, Chassé
C.P. 64
Asbestos, Qué. J1T 3M9
Tél: 819-879-5550

UNITÉ DOMRÉMY DU LAC MÉGANTIC
4571, Champlain
Lac Mégantic, Qué. G6B 1X2
Tél: 819-583-1013

UNITÉ DOMRÉMY DE RICHMOND
110, rue Balow
C.P. 121
Richmond, Qué. J0B 2H0
Tél: 819-826-5575

UNITÉ DOMRÉMY DE WINDSOR INC.
49 — 6e avenue
C.P. 91
Windsor, Qué. J1S 1T2
Tél: 819-845-2692

Montréal (06A)

A.S.P.A.
C.P. 444, Station C
Montréal, Qué. H2L 2H0
Tél: 514-843-8112

CENTRE PAX
4533, rue Jeanne d'Arc
Montréal, Qué. H1X 2E4
Tél: 514-254-9954

LA MAISON ALCO INC.
3903 est, rue Ontario
Montréal, Qué. H1W 1S7
Tél: 514-524-4791

LA MAISON LE BON JOUR INC.
1455 est, Rachel
Montréal est, Rachel
Montréal, Qué. H2J 2K3
Tél: 514-527-2486

S.M.A.S.
4607 ouest, St-Jacques
Montréal, Qué. H4C 1K3
Tél: 514-937-5225

Laurentides-Lanaudière (06B)

UNITÉ POINT DE DÉPART INC.
908, Manseau #2
Joliette, Qué J6E 3G3
Tél: 514-759-4774

UNITÉ DOMRÉMY DE ST-GABRIEL INC.
31, rue St-Gabriel
Ville de St-Gabriel, Berthier
Québec J0K 2N0
Tél: 514-835-2131

UNITÉ DOMRÉMY DE
LACHUTE INC.
571, rue Grace
C.P. 241
Lachute, Québec. J8H 3X5
Tél: 514-562-2291

UNITÉ DOMRÉMY DE
ST-EUSTACHE INC.
213, rue Villeneuve
C.P. 72
Ville St-Eustache, Qué. J7R 4K5
Tél: 514-473-6913

UNITÉ DOMRÉMY DE
STE-THÉRÈSE
15 est, Blainville
Ste-Thérèse de Blainville
Québec. J7E 1L4
Tél: 514-435-0808

Sud de Montréal (06C)

UNITÉ DOMRÉMY DE
GRANBY INC.
344, Fréchette
Granby, Qué J2G 5Z5

UNITÉ DOMRÉMY DE
ST-HYACINTHE
1750, des Cascades
St-Hyacinthe, Québec J2S 3J1
Tél: 514-773-2826

UNITÉ DOMRÉMY DE
SOREL INC.
415, boul Fiset
C.P. 471
Sorel, Qué.
Tél: 514-742-1778

LES CHEVALIERS DE
LAVAL INC.
Ruisseau Barré
C.P. 658
Marieville, Qué. J0L 1J0
Tél: 514-466-4777

Nord-Ouest (08)

UNITÉ DOMRÉMY D'AMOS
1 — 4e avenue est
Amos, Qué. J9T 2P9
Tél: 819-732-8797

UNITÉ DOMRÉMY DE
CHAPAIS
C.P. 430
Chapais, Abitibi-est
Québec G0H 1H0
Tél: 819-775-2257

UNITÉ DOMRÉMY DE
LA SARRE INC.
99, Principale Nord
La Sarre, Qué. J9Z 1X5
Tél: 819-333-4280

UNITÉ DOMRÉMY DE
VILLE-MARIE
3, rue Notre-Dame
C.P. 281
Ville-Marie, Québec. J0Z 3W0
Tél: 819-629-2931

UNITÉ DOMRÉMY DE
MALARTIC INC.
626, Rue Royale
C.P. 1118
Malartic, Qué. J9X 1Z0
Tél: 819-757-3957

UNITÉ DOMRÉMY DE
ROUYN-NORANDA
106 — 9e rue
C.P. 141
Noranda, Québec J9X 5A6
Tél: 819-762-7382

UNITÉ DOMRÉMY DE
VAL D'OR INC.
45, boul. de l'Hôtel de ville
Val d'Or, Qué JP9 2M5
Tél: 819-825-2707

Côte-Nord (09)

UNITÉ DOMRÉMY DE
BAIE COMEAU
43, Mance
C.P. 376
Baie Comeau, Qué. G4Z 2H2

UNITÉ DOMRÉMY DE
FORESTVILLE
C.P. 353
Forestville, Qué G0T 1E0
Tél: 418-

UNITÉ DOMRÉMY DE
SCHEFFERVILLE
C.P. 312
Schefferville, Qué G0T 2T0
Tél: 418-585-3883

UNITÉ DOMRÉMY DE
MALIOTENAM
C.P. 43
Malioténam, Qué.
Tél: 418-962-7456

A venir sur la Côte-Nord
(Amérindien)

UNITÉ DOMRÉMY DE
SEPT-ÎLES
1, Vieux Poste
Sept-Îles, Duplessis
Québec

UNITÉ DOMRÉMY DE
NATASQUAN

UNITÉ DOMRÉMY DE
BERSIMIS

Autres organismes bénévoles

Alcooliques anonymes
Il existe au Québec plus de 600 groupes d'Alcooliques anonymes. Pour plus de renseignements, s'adresser à:

Services généraux du Québec
7210, St-Denis
Montréal, Québec.
H2R 2E2
Tél: (514) 279-8264
279-7265

Sobriété du Canada

805 Côte Franklin
Québec, Québec
G1S 2S1
Tél: (418) 527-3485

ANNEXE G

LISTE DE FILMS SUR LES DROGUES

Distribués gratuitement par l'Office du Film du Québec (O.F.Q.)

1. L'alcool et le corps (14 min. n. & b.)
2. L'alcoolisme (19 min. n. & b.)
3. L'abus des drogues (18 min. couleur)
4. En voyage (19 min. couleur 1971)
5. Le gouffre du désespoir (29 min. couleur)
6. Au pays de King Size (7 min. couleur animation)
7. La cigarette? Parlons-en! (20 min. n. & b. 1964)
8. L'homme-cheminée (8 min. couleur 1966)
9. Qui? Moi? (14 min. couleur)
10. Alcohol and the human body (17 min. n. & b.)
11. Narcotics: the inside story (11 min. couleur 1967)
12. Hide and seek (14 min. couleur 1966)
13. Highball highway (11 min. couleur)
14. The Drag (8 min. couleur 1966)

Services de distribution au Québec

Bureau de Montréal	**Bureau de Québec**
360 rue Mc Gill	1601 ouest boul. Hamel
Tél: 873-2234	Tél: 643-5168

Distribués gratuitement par l'Office National du Film (O.N.F.)

1. L'été de l'avenue des Ormes (28 min. couleur)
2. Portrait d'un alcoolique (29 min. n. & b.)
3. Les indrogables (26 min. couleur 1972)
4. L'homme ne vit pas seulement de pain (22 min. couleur 1972)
5. On y touche presque tous (14 min. couleur animation 1973)
6. Psychocratie (14 . couleur animation 1969)
7. Au pays de King Size (7 min. couleur 1968)
8. L'homme-cheminée (8 min. couleur 1965)

9. La cigarette? parlons-en! (18 min. n. & b. 1964)
10. Nos meilleurs amis (5 min. couleur 1970)
11. Pas de fumée sans feu (11 min. couleur 1970)
12. Cigarette et poumons (13 min. couleur 1971)

Services de distribution au Québec

Montréal

Bureau régional:
550 ouest, rue Sherbrooke
Montréal, Québec H3A 1B9
Téléphone:
(514) 283-4685 (cinémathèque)

Québec

Bureau régional:
2, Place Québec
Boulevard St-Cyrille est
Québec, Québec G1R 2B5
Téléphone:
(418) 694-3176/694-3852

Trois-Rivières

Édifice Pollack, Chambre 502
140, rue St-Antoine
Trois-Rivières, Québec
Téléphone:
(819) 375-5811 (cinémathèque)

Sherbrooke

315 ouest, rue King
Sherbrooke, Québec J1H 1R2
Téléphone:
(819) 565-4931 (cinémathèque)

Chicoutimi

72, rue Cartier
Chicoutimi, Québec G7J 3P7
Téléphone: (418) 543-0711

Rimouski

124, rue Vimy
Rimouski, Québec G5L 3J6
Téléphone: (418) 723-2613